

UnfallGiroTeam – sicher und erfolgreich für Bauhelfer

Antrag

Gruppen-Unfallversicherung

Stand: 01.04.2019

Continentale Sachversicherung AG

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit

Direktion: Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

www.continentale.de

Unfallversicherung

Informationsblatt zu
Versicherungsprodukten



Unternehmen:
Continentale Sachversicherung AG
Deutschland

Produkt:
Unfallversicherung - UnfallGiroTeam

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Vertragsinformation - Formularnummer „U.7e.5311“ inklusive der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sowie Zusatzbedingungen für die Unfallversicherung). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt zum Beispiel vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt.

Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (zum Beispiel Bewegungseinschränkungen)
- ✓ Lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.

Dienstleistungen

- ✓ Organisation medizinisch notwendiger Krankenrücktransporte aus dem Ausland.

Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag.



Was ist nicht versichert?

- × Krankheiten (zum Beispiel Diabetes, Gelenksarthrose)
- × Kosten für die ärztliche Heilbehandlung
- × Sachschäden (zum Beispiel Brille, Kleidung).



Gibt es Deckungseinschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden
- ! Infektionen und Vergiftungen.

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten oder einmaligen Beitrag müssen Sie unverzüglich (das heißt spätestens innerhalb von 14 Tagen) nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen, nicht aber vor dem darin unter „Zahlbeitrag ab“ ausgewiesenen Datum. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt.

Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten oder einmaligen Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben.

Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer.

Hat der Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie oder wir kündigen den Vertrag.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ablauf der zunächst vereinbarten Dauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit geschehen).

Bei einer vereinbarten Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag von Ihnen bereits zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Antrag UnfallGiroTeam – die Gruppen-Unfallversicherung für Bauhelfer mit Zuwachs von Leistung und Beitrag

Falls Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht gewünscht, bitte ankreuzen

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau Herr Gemeinde
 Nachname _____
 Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße, Hausnummer _____ Staatsangehörigkeit¹ _____
 Postleitzahl _____ Wohnort / Ort (Sitz des Unternehmens) _____
 Telefonnummer für Rückfragen¹ _____ E-Mailadresse¹ _____
 Beruf und Arbeitgeber bzw. Branche bei Selbstständigen _____

¹ Freiwillige Angabe (zur vertraglichen Kommunikation)

Vertriebspartner/interne Vermerke

Versicherungs-Nr.	Antrags-Nr.
Kunden-Nr. (sofern bekannt)	Weiterer Vertrag im Verbund (Makler)
VEP-Nr.	Fremd-Nr. 1
Adresskonto-Nr.	
VEP-Name	Telefon-Nr.
Kassierter Betrag	Kassierungsdatum

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu Abschnitt „A) Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 6 dieses Antrages.

Allgemeine Vertragsdaten

Neuantrag **Änderungsantrag** Versicherungs-Nr. _____
 Versicherungsbeginn _____ Versicherungsablauf _____ jeweils _____
 0 1 _____ 0 1 _____ 0 Uhr _____ möglich.: 1–5 Jahre
 (5 Jahre = 5 % Nachlass)
 Zahlungsperiode 1/1jährlich 1/2jährlich 1/4jährlich monatlich
 Bei jährlicher Zahlungs- 3 % Zuschlag 5 % Zuschlag (nur bei Abruf möglich)
 periode wird kein Zuschlag 5 % Zuschlag

Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn die Kündigung nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer der anderen Partei in Schriftform zugegangen ist. Bei einer vereinbarten Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag vom Versicherungsnehmer zum Schluss des dritten und jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten in Schriftform gekündigt werden.

Gruppen-Unfallversicherung für Bauhelfer

Bauhelfer sind namentlich zu benennen und haben Versicherungsschutz für Unfälle, von denen sie auf der Baustelle des Versicherungsnehmers betroffen werden. Die Wege hin und zurück zur Baustelle sind nicht versichert.

Zu versichernde Person(en) (mindestens 3 versicherte Personen erforderlich!)

Per- son	Nach- und Vorname	Geburtsdatum	Kombi- nation	Per- son	Nach- und Vorname	Geburtsdatum	Kombi- nation
1				6			
2				7			
3				8			
4				9			
5				10			

Bezugsberechtigung (siehe „Bezugsberechtigung im Todesfall“ in Abschnitt „E) Erläuterungen zur Unfallversicherung“ auf Seite 6 dieses Antrages)

Per- son	Nach- und Vorname Geburtsdatum des Bezugsberechtigten	Unterschrift der zu versichernden Person	Per- son	Nach- und Vorname Geburtsdatum des Bezugsberechtigten	Unterschrift der zu versichernden Person
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

Kombinationen/Leistungen EUR (Tarif XL)

Kombination	A	B	C	D	E	F
monatliche Unfallrente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Komfort ^{1,2}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aktiv ^{1,2}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Aktiv Plus ^{1,2}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Forte ^{1,2}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pro2 ^{1,3}	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invaliditätsleistung						
• Invaliditäts-Grundsomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Progressiv-Staffel in %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leistung bei Vollinvalidität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere Leistungsarten						
• Krankenhaustagegeld Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sofortleistung Plus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Todesfall-Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kosten für kosmetische Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jahresbeitrag je Person EUR (ohne Versicherungssteuer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Falls gewünscht, bitte ankreuzen;

² Genaue Leistungsbeschreibung zur Unfallrente siehe Tabelle auf Seite 7

³ Unfallrente Komfort/Aktiv/Aktiv Plus/Forte mit garantierter jährlicher Erhöhung bei Rentenbezug um 2 %

Beitragsberechnung

Beitrag EUR gem. Zahlungsperiode für alle Personen bzw. Personenkreise	<input type="checkbox"/>
	Zwischensumme
abzüglich <input type="checkbox"/> % Gruppennachlass	<input type="checkbox"/>
zuzüglich <input type="checkbox"/> % laut Zahlungsperiode	<input type="checkbox"/>
abzüglich <input type="checkbox"/> % Treuenachlass	<input type="checkbox"/>
abzüglich 5 % Dauernachlass	<input type="checkbox"/>
zuzüglich <input type="checkbox"/> % Versicherungssteuer	<input type="checkbox"/>
Gesamtbeitrag EUR inklusive Versicherungssteuer laut vereinbarter Zahlungsperiode	<input type="checkbox"/>

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

Per- son	Versicherer, Zeitraum, Versicherungs-Nr.	Per- son	Versicherer, Zeitraum, Versicherungs-Nr.
1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>

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, Fali throm, 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

Per- son	Per- son
1	6
2	7
3	8
4	9
5	10

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.

Soll eine andere Gruppen-Unfallversicherung bei der Continentale enden?

Nein Ja

Versicherungs-Nr.

Die Beiträge sind gezahlt bis

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 „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Produkt: Unfallversicherung - UnfallGiroTeam“
- 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 Schweigepflichtbindungserklärung

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

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 Schweigepflichtbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtbindung 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 Schweigepflichtbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags 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 Schweigepflichtbindung 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 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 Schweigepflichtbindungserklärung.

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 erheben, 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 erheben 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 5
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 6
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 7
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 8
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 9
<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift der zu versichernden Person 10
<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 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.

4. 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 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 Vertragsanpassung 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 Struwe
 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.

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. Mindestbeitrag

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

2. Versicherungsbedingungen

Für die beantragte Versicherung gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2016 der Continentale), die Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung und – soweit beantragt – die weiteren Besonderen Bedingungen.

3. Bezugsberechtigung im Todesfall

Die Bezugsberechtigung bestimmt, wer bei Unfalltod der versicherten Person die evtl. vereinbarte Todesfall-Leistung bzw. bei Versicherung einer Unfallrente die Leistungen bei Tod der versicherten Person 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.

4. Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 %

Versicherungssummen und Beitrag erhöhen sich jährlich um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 %. Die Vereinbarung endet, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist. Der Zuwachs von Leistung und Beitrag gilt nicht für die Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten, die Kurkostenbeihilfe, das Haushaltshilfegeld, die Kosten für psychologische Betreuung.

5. Beitragsfreie Leistungen je versicherte Person (EUR)

	Tarif
	XL
Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze inklusive Auslands-Assistance bei Unfällen im Ausland • Krankenrücktransport inkl. An- und Abtransport zum Flughafen und Anmeldung im Krankenhaus • Abklärung der medizinischen Versorgung vor Ort • Überführung Verstorbener nach Deutschland	15.000
Notruf- und Service-Zentrale für Unfälle im Ausland Telefon-Nr.: +49 221 9822 827, Telefax-Nr.: +49 40 6945 9761 339 Mail: ambulance@malteser.org	24 Stunden täglich - 365 Tage im Jahr
Notruf- und Service-Zentrale für Unfälle im Inland Telefon-Nr.: 0231 919-2313, Telefax-Nr.: 0231 919-2522	24 Stunden täglich - 365 Tage im Jahr
Kurkostenbeihilfe von	2.000
Haushaltshilfegeld für Erwachsene bis	2.000

6. Leistungsbeschreibung zur Unfallrente

Beispiel für Unfallrente in Höhe von 1.000 EUR

Unfallbedingter Invaliditätsgrad		Lebenslange monatliche Unfallrente EUR			Zusätzliche Kapitalleistung EUR			
%		%	Komfort	Aktiv und Aktiv Plus	Forté	Aktiv	Aktiv Plus	Forté
1	bis unter	10	–	–	–	–	1.000	5.000
10	bis unter	20	–	–	–	–	2.000	10.000
20	bis unter	30	–	–	–	–	5.000	15.000
30	bis unter	35	–	–	–	–	5.000	20.000
35	bis unter	40	–	500	–	–	10.000	20.000
40	bis unter	50	–	500	–	–	10.000	25.000
50	bis unter	55	–	1.000	–	–	50.000	50.000
55	bis unter	60	–	1.000	–	–	55.000	55.000
60	bis unter	65	–	1.000	–	–	60.000	60.000
65	bis unter	70	–	1.000	–	–	65.000	65.000
70	bis unter	75	–	1.000	–	–	70.000	70.000
75	bis unter	80	–	1.000	–	–	75.000	75.000
80	bis unter	85	–	1.000	–	–	80.000	80.000
85	bis unter	90	–	1.000	–	–	85.000	85.000
90	bis	100	–	1.000	–	–	300.000*	300.000*

* Es besteht die Wahlmöglichkeit bei einem Invaliditätsgrad ab 90 %, sich entweder für die Kapital-leistung oder die doppelte Unfallrente zu entscheiden (im Beispiel statt 300.000 EUR lebenslang monatlich 2.000 EUR Unfallrente).