

UnfallGiroTeam – sicher und erfolgreich für Vereine

Antrag

Gruppen-Unfallversicherung

Stand: 01.11.2022

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.5376 für Tarif XL“ 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 rechtzeitig zahlen, das heißt spätestens innerhalb von 14 Tagen nach unserer Aufforderung, 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 Vereine mit Zuwachs von Leistung und Beitrag

Falls Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht gewünscht, bitte ankreuzen

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau Herr Gemeinde, Verein

Nachname, Vereinsname, Bezeichnung

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

Versicherungsdauer

0 1

0 1

jeweils 0 Uhr

möglich.: 1–5 Jahre (5 Jahre = 5 % Nachlass)

Zahlungsperiode

1/1jährlich
Bei jährlicher Zahlungsperiode wird kein Zuschlag erhoben.

1/2jährlich
3 % Zuschlag

1/4jährlich
5 % Zuschlag

monatlich
(nur bei Abruf möglich)
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 oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten in Schriftform gekündigt werden.

Gruppen-Unfallversicherung für Vereine und sonstige Risiken

Art des Vereins/Risikos

Anzahl der zu versicherten Personen

_____ Personen

Deckungsumfang Tarif XL (siehe Abschnitt E) „Hinweise zur Antragsaufnahme“ auf Seite 7 dieses Antrages)

1. Die Versicherung soll sich bei Sportvereinen erstrecken auf

Aktive Mitglieder Passive Mitglieder Ehrenamtliche Tätigkeit des Vorstandes und der Funktionäre Kinder

2. Die Versicherung soll sich auf folgenden sonstigen Verein erstrecken (kein Sportverein): _____

3. Die Versicherung soll sich auf folgende freiwillige Feuerwehr erstrecken: _____

4. Die Versicherung soll sich auf folgenden Kindergarten erstrecken: _____

5. Die Versicherung soll sich auf folgendes näher bezeichnete Risiko erstrecken:

Stadt- und Gemeindeverwaltung _____

Kirchengemeinde _____

Berufsgenossenschaft, Industrie-, Handels-, Handwerks- oder andere Kammer, Innung, Wirtschafts- und Fachverband _____

Versicherung mit Namensangabe

Versicherung ohne Namensangabe (keine Angaben zu Nach- und Vorname, Geburtsdatum und Geschlecht erforderlich)

(siehe Abschnitt E) „Hinweise zur Antragsaufnahme“ auf Seite 7 dieses Antrages)

Zu versichernde Person(en)

Per-son	Nach- und Vorname	Geburtsdatum	Derzeitige berufliche Tätigkeit siehe bei Risikofragen „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“	Bei-trags-stufe	Kombi-nation	Per-son	Nach- und Vorname	Geburtsdatum	Derzeitige berufliche Tätigkeit siehe bei Risikofragen „Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht“	Bei-trags-stufe	Kombi-nation
1						6					
2						7					
3						8					
4						9					
5						10					

Bezugsberechtigung (siehe „Bezugsberechtigung im Todesfall“ in Abschnitt „F“ Erläuterungen zur Unfallversicherung“ auf Seite 7 dieses Antrages)

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

Kombinationen/Leistungen EUR

Kombination	A	B	C	D	E	F
monatliche Unfallrente Komfort						
Invaliditätsleistung						
• Invaliditäts-Grundsomme						
• Progressiv-Staffel in %						
• Leistung bei Vollinvalidität						
weitere Leistungsarten						
• Krankenhaustagegeld Plus						
• Todesfall-Leistung						
• Unfalltagegeld ab 8. Tag						
Jahresbeitrag je Person EUR (ohne Versicherungssteuer)						

Beitragsberechnung

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

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.	Person	Versicherer, Zeitraum, Versicherungs-Nr.
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

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

1. Ist die versicherte Person Diabetiker oder nimmt sie blutverdünnende oder gerinnungshemmende Medikamente ein? Ja Nein

Person	Diabetiker	Einnahme von blutverdünnenden oder gerinnungshemmenden Medikamenten	Person	Diabetiker	Einnahme von blutverdünnenden oder gerinnungshemmenden Medikamenten
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Ja Nein

Person	Grad der Behinderung (GdB)	Merkzeichen (G, B oder H)	Anerkannter Pflegegrad	Person	Grad der Behinderung (GdB)	Merkzeichen (G, B oder H)	Anerkannter Pflegegrad
1	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	6	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	7	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	8	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	9	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	10	<input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.5376)
- 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 Schweigepflichtentbindungserklärung.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die Continentale Sachversicherung AG, auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schützenswürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z.B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Sachversicherung AG
 Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikobeurteilung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. In der Risikoprüfung nutzen wir auch automatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann. Auch in der Leistungsprüfung können Gesundheitsdaten vollautomatisiert verarbeitet werden. Wir prüfen dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine in diesem Antrag, in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Risikoprüfung sowie zum Abschluss dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist. Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden. Ich bin auch damit einverstanden, dass meine Gesundheitsdaten bei der Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Sachversicherung AG
 Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Continentale Sachversicherung AG weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an medizinische Gutachter und Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung und/oder eine Schweigepflichtentbindung erforderlich.

2.1 Übertragung von Aufgaben an Dienstleister
 Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbands oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind vertraglich oder gesetzlich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie ggf. zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern in unseren Datenschutzhinweisen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Sachversicherung AG dies tun dürfte.

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 uns 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 sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

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

2.3 Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer
 Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind, kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen. Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrags kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere,

wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunfts-pflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten – soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist – dem Versicherungsnehmer gegenüber offenlegt. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Sachversicherung AG tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht.

2.4 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler
 Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvermittler (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

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

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Versicherungsververtreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Versicherungsvertreter kommen. Sie werden in diesem Fall vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten an den neuen Versicherungsvertreter informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklevollmacht vorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtentbindung.

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsmakler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind.

Ich willige ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsmaklern übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich entbinde ich dazu die für die Continentale Sachversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2.5 Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung
 Im Laufe eines Versicherungsvertrages kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Versicherungsvermittler, 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.

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 verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Sachversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

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

Ich willige ein, dass die Continentale 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 verarbeitet.

4. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit
Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Geben Sie uns Ihre Einwilligungen zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab oder widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 2.1 nach Begründung des Versicherungsvertrags unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren. Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.

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

Vereinbarungen in der Unfallversicherung

Sofern für eine Person Diabetes vorliegt oder blutverdünnende oder gerinnungshemmende Medikamente einnimmt gelten die folgenden Vereinbarungen:

Ausschluss Diabetes

In Ergänzung von Ziffer 5 und in Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.3 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) und Ziffer 4 sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen: Gesundheitsschädigungen, bei denen Diabetes mitgewirkt hat bzw. die Verschlimmerung von Diabetes.

Ausschluss Herzinfarkt oder Schlaganfall wenn blutverdünnende oder gerinnungshemmende Medikamente eingenommen werden

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden.

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

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
 - diese Belehrung,
 - das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (nur für Verbraucher),
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Continentale Sachversicherung AG

Direktion

per Post: Ruhrallee 92 in 44139 Dortmund

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, dessen Höhe anhand der folgenden Formel berechnet wird:

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

Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft.

Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

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 vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;

9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

C) Datenschutzhinweise

1. Datenschutzhinweise bei Abschluss des Vertrages

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.

2. Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

Übernimmt eine andere als eine am Vertrag beteiligte Person die Beitragszahlung, erhält sie die Datenschutzhinweise mit der Vorankündigung zum SEPA-Lastschriftzug, wenn und soweit sie nicht bereits über die Informationen verfügt.

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.

E) Hinweise zur Antragsaufnahme

Versicherung mit Namensangabe

Eine namentliche Nennung der zu versichernden Person ist generell immer möglich oder wenn die Höhe der Versicherungssummen zur Unfallrente oder Invalidität die Versicherung ohne Namensangabe nicht erlaubt.

Versicherung ohne Namensangabe

Eine Versicherung ohne Namensangabe ist möglich, wenn:

- die zu versichernden Personen so bezeichnet werden, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls kein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis entstehen kann. Im Versicherungsfall ist die Zugehörigkeit nachzuweisen.
- es sich um fest umschriebene Personenkreise gleicher Risikoeinstufung handelt (z. B. alle kaufmännischen Angestellten, alle Reisenden, alle Arbeiter, alle Kraftfahrer, alle Vereinsangehörigen)
- dieser Personenkreis mit jeweils einheitlichem Versicherungsschutz abgesichert ist
- alle zum versicherten Personenkreis gehörenden Personen angegeben werden
- eine Unfallrente Komfort/Aktiv/Aktiv Plus/Forte (Pro2) bis 1.000 EUR* oder
- eine Invaliditätsleistung bis 300.000 EUR (Leistung bei Vollinvalidität)* vereinbart wird

*werden diese Versicherungssummen überschritten, ist eine Versicherung mit Namensangabe erforderlich.

F) 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 2020 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. Klausel Direktanspruch

Abweichend von den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt:

Der versicherte Arbeitnehmer kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Zustimmung des Arbeitgebers unmittelbar bei der Continentale Sachversicherung AG geltend machen. Diese leistet direkt an den versicherten Arbeitnehmer. Der Arbeitgeber informiert als Versicherungsnehmer jeden versicherten Arbeitnehmer über den im Rahmen der Unfallversicherung bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

5. 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, die Familien-Vorsorge-Versicherung und die Rooming-In-Leistung.

6. Beitragsfreie Leistungen je versicherte Person (EUR)

	Tarif
	XL
Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze inklusive Auslands-Assistance bei Unfällen im Ausland • Krankentransport inkl. An- und Abtransport zum Flughafen und Anmeldung im Krankenhaus • Abklärung der medizinischen Versorgung vor Ort • Überführung Verstorbener nach Deutschland	25.000
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	2.500
Haushaltshilfegeld für Erwachsene bis	2.000

7. Welche Besonderheiten sind bei Vertragsamateuren bzw. bei Sport gegen Entgelt zu beachten?

Übt die versicherte Person eine Sportart aus, für die sie ein Einkommen (inklusive Prämien, Preisgelder und Aufwandsentschädigungen) erhält, handelt es sich hierbei um einen Vertragsamateur (im Fußball üblich) oder Sport gegen Entgelt.

Die versicherte Person kann dann unter folgenden Voraussetzungen versichert werden:

Das jährliche Gesamteinkommen wird durch 12 geteilt, um das durchschnittliche monatliche Entgelt zu erhalten, welches Grundlage für die folgende Abgrenzung ist.

Sportler mit monatlichem Entgelt bis zur gesetzlichen Minijob-Grenze:

Eine Unfallversicherung kann ohne Einschränkungen abgeschlossen werden.

Sportler mit monatlichem Entgelt über der gesetzlichen Minijob-Grenze:

Eine Unfallversicherung kann mit folgenden Einschränkungen abgeschlossen werden. Für die Leistungsart Tagegeld besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird.

Sportler, die mit dem Sport ihren überwiegenden Lebensunterhalt verdienen:

Verdient die versicherte Person mit dem ausgeübten Sport überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) ihren Lebensunterhalt (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeit innerhalb von Polizei, Bundeswehr oder ähnlichem), besteht für alle versicherten Leistungsarten kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird.

Berufssportler, d.h. Personen, die ausschließlich aus der sportlichen Tätigkeit ein Entgelt beziehen und davon ihren Lebensunterhalt bestreiten, sind nicht versicherbar.

8. Nicht aufnahmefähig sind:

- Personen mit schweren Beeinträchtigungen (ab Pflegegrad 3).
- Personen, die keinen festen Wohnsitz in Deutschland haben.

Risikoträger

Continentale Sachversicherung AG

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),

Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),

Dr. Marcus Kremer, Dr. Thomas Niemöller,

Alf N. Schlegel

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: Dortmund

Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783

Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE124906368