

## Antrag auf Glasversicherung bei der Continentale Sachversicherung AG

Antragsteller	Vertriebspartner/interne Vermerke
Frau Dr. Diana Bär Hallerstr. 5a 20146 Hamburg Geburtsdatum: 26.07.1968	Landesdirektion Versicherungsbüro Mustermann & Söhne - Ihr Versicherungsbüro mit besonderer Kom VEP-Nr.: 180.1803103 Adress-Konto-Nr.: 18031030002299

### Haushaltglasversicherung

ID-Nr.: 3-5
-------------

Fremd-Nr. 1: \_\_\_\_\_

Fremd-Nr. 2: \_\_\_\_\_

Fremd-Nr. 3: \_\_\_\_\_

Allgemeine Antragsdaten
-------------------------

Tarif:	Normaltarif (Neuantrag)	
Antragsnummer:	2006485	
Versicherungsnummer:	599926440	
Zahlungsperiode:	jährlich	
Zahlweg:	Abruf	
Versicherungsbeginn:	22.05.2017	0 Uhr
Versicherungsablauf:	22.05.2022	0 Uhr
Vertragsdauer:	5 Jahre	

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 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 Textform gekündigt werden.

Risikofragen
--------------

**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 den letzten Seiten dieses Antrages.**

Wo befindet sich der Versicherungsort?  
20146 Hamburg, Hallerstr. 5a

Sind alle Scheiben fehlerfrei und vollkommen unversehrt?  
Ja

Handelt es sich um ein überwiegend zu Wohnzwecken genutztes Gebäude?

Ja

Besteht oder bestand eine Vorversicherung der beantragten Art für das zu versichernde Risiko?

Nein

Sind in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung Schäden eingetreten (unabhängig davon, ob Versicherungsschutz oder eine Vorversicherung bestand)?

Nein (unberücksichtigt bleiben Vorschäden, die der Continentale Sachversicherung bereits zur Regulierung gemeldet sind)

### Ende der Risikofragen

Versichertes Risiko / Versicherungsumfang	
Versicherungsform	Haushaltglasversicherung
Gesamtwohnfläche	111 qm
Art des Objektes	Einfamilienhaus
Deckungsumfang	Gebäude- und Mobiliarverglasung inkl. Glaskeramik-/ Induktionskochfelder
Versicherte Gefahren	Glasbruch, Brand, Blitzschlag, Explosion

### Einschlüsse

- Künstlerisch bearbeitete Glasscheiben, -platten, -spiegel bis 1.500 EUR
- Sonderkosten für Gerüste, Kräne und Beseitigung von Hindernissen bis 1.500 EUR
- Beseitigung von Schäden an Umrahmungen, Mauerwerk und Schutzeinrichtungen bis 500 EUR
- Scheiben von Gewächshäusern auf dem Versicherungsgrundstück bis 300 EUR

Beitrag inkl. Versicherungssteuer	
Beitrag gemäß Zahlungsperiode inkl. Versicherungssteuer:	<b>54,26 EUR</b>

Im Beitrag enthalten:

Dauernachlass: 5 %      Versicherungssteuer: 19 %

Versicherungsbedingungen / Besondere Bedingungen
--

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Glasversicherung (AGIB 2008 der Continentale) sowie die nachfolgend genannten Besonderen Bedingungen und Klauseln.

- Besondere Bedingungen zu den AGIB 2008 der Continentale – Haushaltglasversicherung

Besondere Vereinbarungen
--------------------------

Keine

Anlagen
---------

Keine

**SEPA-Lastschriftmandat**

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. (Gläubigeridentifikationsnummer 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 B2271**

**Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ00000053646**

**Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt**

Familien- und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber  
Dr. Diana Bär

Straße und Hausnummer  
Hallerstr. 5a

PLZ            Ort  
20146        Hamburg

**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 5 Tage 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  
Sparkasse Dortmund

IBAN  
DE93 4405 0199 1234 5678 92

BIC  
DORTDE33XXX

Datum und Unterschrift Kontoinhaber

**Empfangsbestätigung**

Ich bestätige, dass ich die Vertragsinformation zur  
Glasversicherung (Formular-Nr. S7e.4438),

das entsprechende Produktinformationsblatt und  
Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen  
Anzeigepflicht“ erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Dr. Diana Bär

**Schlusserklärung 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), die Informationen und Erklärung zur Datenverarbeitung in Abschnitt C) und die Einwilligungen und Erklärungen des Antragstellers und der versicherten Person in Abschnitt D) auf den Folgenseiten. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Einwilligungen zum Inhalt des Antrags. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnen kann.  
Eine Zweitschrift des Antrages erhalte ich nach Unterschriftsleistung.**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift Dr. Diana Bär

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Vermittlers

**Continentale Sachversicherung AG**

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender)  
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender)  
Stefan Andersch, Alf N. Schlegel  
Falko Struve  
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Rolf Bauer  
Sitz der Gesellschaft: Dortmund  
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783  
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE124906368

## 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 ggf. zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person jeweils bezogen auf deren Versicherungsverhältnis.

Damit wir den Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten 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 Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, 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 für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung 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 entfallenden Teil der Beiträge, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Die Berechnung des entsprechenden Betrags erfolgt anhand folgender Formel:

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

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

## C) Informationen und Erklärung zur Datenverarbeitung

### 1. Information zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den „**Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft**“ (Code of Conduct) verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Die Continentale Sachversicherung AG ist diesem Code of Conduct beigetreten und verpflichtet sich dadurch ebenfalls zur Einhaltung dieser Verhaltensregeln. Diese Verhaltensregeln und Erläuterungen dazu können Sie im Internet unter [www.continentale.de/daten-schutz](http://www.continentale.de/daten-schutz) abrufen. Ebenfalls unter dieser Adresse abrufen können Sie eine Liste der Unternehmen unseres Versicherungsverbands, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post.

Sie können auch Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Bitte wenden Sie sich an die Continentale Sachversicherung AG, Ruhrallee 92, 44139 Dortmund, Tel: 0231 919-0, E-Mail: [info@continentale.de](mailto:info@continentale.de).

### 2a. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) - SACH/HAFTPFLICHT

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleneinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

### 2b. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS) - RECHTSSCHUTZ

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risikoeinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, [www.informahis.de](http://www.informahis.de)) betreibt. An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken. Verträge werden gemeldet, wenn ungewöhnlich häufig Versicherungsfälle gemeldet werden. Sollten wir Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zur Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen.

### 3. Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben (z. B. zur Überprüfung Ihrer Vorversicherung) im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

### 4. Bonitätsauskünfte zur Wahrung berechtigter Interessen

Das Bundesdatenschutzgesetz sieht zur Wahrung berechtigter Interessen die Möglichkeit vor, dass eine Bonitätsprüfung auch ohne Einwilligung des Betroffenen zulässig ist. In bestimmten Fällen der Leistungs-/Schadenbearbeitung sowie bei der Bearbeitung von Prämienforderungen führen wir eine Bonitätsprüfung durch. Die hierfür notwendigen personenbezogenen Daten (Name, Anschrift und Geburtsdatum) übermitteln wir überwiegend an infoscore Consumer Data GmbH, Baden-Baden, oder an einen anderen in der Dienstleister-Liste aufgeführten Dienstleister. Das Ergebnis der Bonitätsprüfung verwenden wir zum Zwecke der Entscheidung über die Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Vertragsverhältnisses. Personenbezogene Daten werden von den Auskunfteien nur zur Verfügung gestellt, wenn ein berechtigtes Interesse im Einzelfall glaubhaft dargelegt werden kann und die Übermittlung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist.

### 5. Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Ihre personenbezogenen Daten (ohne Telekommunikationsdaten) können wir auch ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung Ihnen gegenüber zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für Produkte anderer Unternehmen des Continentale Versicherungsverbands auf Gegenseitigkeit und dessen Kooperationspartner verwenden. Wir können sie auch dazu nutzen, Sie zu Markt- und Meinungsforschungszwecken zu unserem Unternehmen befragen zu lassen. Dieser Nutzung können Sie jederzeit formlos widersprechen.

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

##### **1. Einwilligung in die Bonitätsauskunft und in die Verwendung der Ergebnisse**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zum Schutz der Versichertengemeinschaft können auch Daten zu Ihrem Zahlungsverhalten erforderlich sein. Ihr Name, Anschrift, Geburtsdatum und Beruf können genutzt werden, um Informationen bei Auskunfteien (z. B. Infoscore, Creditreform, SCHUFA) über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten einzuholen. Wir beziehen diese Informationen in der Regel von infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Personenbezogene Daten werden von den Auskunfteien nur zur Verfügung gestellt, wenn ein berechtigtes Interesse im Einzelfall glaubhaft dargelegt werden kann und die Übermittlung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist.

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die Continentale Sachversicherung AG meine Daten für die Beurteilung der zu versichernden Risiken bei Vertragsabschluss an die oben genannten Auskunfteien übermittelt, um dort Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einzuholen.

##### **2. Einwilligung zur Datenübermittlung an Dienstleister im Bereich des Forderungsmanagements (gilt nur für die Rechtsschutzversicherung)**

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer meine personenbezogenen Daten, die sich aus den Antragsunterlagen ergeben (Name, Vorname, Firma, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort) oder die sich auf die Vertragsdauer beziehen (Vertragsbeginn und -ablauf) an einen Dienstleister übermittelt, damit dieser mir schriftlich seine Serviceleistungen im Bereich des Forderungsmanagements anbieten kann.

##### **3. Erklärung des Antragstellers bei Minderjährigkeit der zu versichernden Person (gilt nur für die Unfallversicherung)**

Ich willige ein, dass die versicherte Person nach Erreichen der Volljährigkeit ihre Unfallversicherung übernimmt. Ausreichend ist die Übernahmeerklärung der versicherten Person.



Beiblatt vom 22.05.2017 zum Antrag auf  
Glasversicherung

Vermittler

Antragsnummer

Landesdirektion Versicherungsbüro Mustermann & Söhne - Ihr Versicherungsbüro mit besonderer Kom

Agentur

Katharina Rosen

Name

1803103

VEP-Nummer

Ruhrallee 92

Straße

44139

Postleitzahl

Dortmund

Ort

☐ Ich habe eine Dokumentation der Beratung erstellt und dem Antragsteller ausgehändigt.

Datum / Unterschrift des Vermittlers

Herr Frau Firma

☐☒☐

Dr. Bär, Diana

Familienname, Vorname

Hallerstr. 5a

Straße

20146

Postleitzahl

Hamburg

Ort

☐ Ich habe eine Dokumentation der Beratung erhalten.

Datum / Unterschrift des Antragstellers / gesetzlichen Vertreters

☒ Ich verzichte auf die Beratung. \*)

☐ Ich verzichte auf die Dokumentation der Beratung. \*)

\*) Hinweis:

Ein Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler und/oder den/die im Antrag genannten Versicherungsunternehmen wegen unterlassener oder fehlerhafter Beratung und/oder Dokumentation geltend zu machen.

Datum / Unterschrift des Antragstellers / gesetzlichen Vertreters

Eine Beratung erfolgte ausschließlich auf Grundlage der Produkte der Continentale Krankenversicherung a.G., Continentale Lebensversicherung AG, Continentale Sachversicherung AG, EUROPA Versicherung AG (Auslandsreisekranken-, Verkehrsservice-, Kfz-Versicherung), insbesondere der jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und weiteren Vertragsinformationen.