

Antrag

Sofort beginnende Rentenversicherung zur Basisversorgung

Continental BasisRente Classic Pro

Tarif BRCP

Stand: 01.09.2023

Continental Lebensversicherung AG

Ein Unternehmen des Continental Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Baierbrunner Straße 31-33, 81379 München

www.continentale.de



Antrag

Continentale BasisRente Classic Pro

Vertriebspartner / interne Vermerke

VEP-Name	VEP-Nr.	Telefon-Nr.	Fremd-Nr. 1	Adress-Konto-Nr.	AKZ
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antrags-Nr.	Versicherungs-Nr.	Kunden-Nr. (sofern bekannt)	Weiterer Vertrag im Verbund	Versand Versicherungsschein an VEP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Original <input type="checkbox"/> _____ Kopie(n)	

Antragsteller (Versicherungsnehmer), zu versichernde Person und Beitragszahler

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Nachname	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Steuer-Identifikationsnummer des Antragstellers	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Berufsstatus			Telefonnummer für Rückfragen ¹	
<input type="checkbox"/> Selbstständiger / Freiberufler <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Öfftl. Dienst <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Student Uni / FH / DH <input type="checkbox"/> Auszubildender / BA-Student / sonst. Student			<input type="text"/>	
Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung			E-Mail-Adresse ¹	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

¹ freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Besondere Vereinbarungen

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? Wenn ja, von welchen?

Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

Sonstiges, und zwar

Leistungen/ Tarifdaten – Sofort beginnende Rente Tarif BRCP

Versicherungs- und Rentenbeginn
01 . Monat . Jahr

Garantierte Mindestrente
(monatliche Zahlungsweise)

EUR

Monatliche Rentenzahlung
vorschüssig nachschüssig

Garantierte Rentensteigerung
in der Rentenphase
(0,1% bis 2,0%)
– nur bei Steigender Gewinnrente –

%

Todesfall-Leistung nach Rentenbeginn (sofern gewünscht)

Rentengarantiezeit

Jahre

oder

Kapitalrückgewähr

Überschussbeteiligung

(falls keine Eintragung: Steigende Gewinnrente):

Steigende Gewinnrente

Flexible Gewinnrente

Die Todesfall-Leistung kann nur für eine Rente an berechnigte Hinterbliebene verwendet werden!

Festlegung einer Tranche (nicht bei Wiederanlage eines ablaufenden Vertrags)

Die Kapitalanlage zu diesem Versicherungsvertrag erfolgt entsprechend der Kapitalmarktsituation bei Vertragsabschluss bzw. Zahlung des Einmalbeitrags grundsätzlich für eine Dauer von mindestens fünf Jahren. Während der Tranchendauer von fünf Jahren ist deshalb davon auszugehen, dass der vereinbarte Tranchen-Zinssatz (garantierter Rechnungszins zuzüglich Zinsüberschuss-Satz) in diesem Zeitraum unverändert beibehalten wird.

Zu dem beantragten Versicherungsvertrag wird der Tranchen-Zinssatz in Höhe von anfänglich % p. a. festgelegt.

Nach Ablauf der Tranchendauer wird der Zinsüberschuss-Satz für Versicherungsverträge ohne Tranchenvereinbarung zugrunde gelegt und jährlich festgesetzt.

Sollte sich der Tranchen-Zinssatz bis zum Geldeingang ändern, kann der Tranchen-Zinssatz nur dann beibehalten werden, wenn der Geldeingang spätestens zwei Wochen nach der Zinsänderung erfolgt. Andernfalls findet der dann maßgebliche Tranchen-Zinssatz Anwendung. Maßgebend für die Festlegung ist der im Versicherungsschein dokumentierte Tranchen-Zinssatz.

Legitimationsprüfung – bitte immer beantworten!

Als Antragsteller (Versicherungsnehmer) handle ich auf eigene Veranlassung und bin wirtschaftlich Berechtigter.

Identifizierung des Versicherungsnehmers

Ausweis- /Reisepass-Nummer

 Personalausweis Reisepass

oder

 Vollständige Ausweiskopie ist beigelegt.

Gültig bis

Ausstellende Behörde

Die Identität des Versicherungsnehmers wurde in dessen Anwesenheit durch den Vermittler persönlich anhand eines im Original vorliegenden, gültigen Ausweisdokuments festgestellt.

Bezugsberechtigung

Bezugsberechtigt für den **Erlebensfall** der versicherten Person ist der Versicherungsnehmer.

Bezugsberechtigt für **vereinbarte Leistungen im Todesfall** der versicherten Person sind ausschließlich berechnigte Hinterbliebene in folgender Rangfolge:

- der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG);
- berechnigte Kinder, für die die versicherte Person Anspruch auf Kindergeld oder auf einen Freibetrag nach § 32 Absatz 6 EStG hat.

Ein im Rang vorhergehender Hinterbliebener schließt die nachfolgenden Hinterbliebenen aus.

Sind keine berechnigten Hinterbliebenen vorhanden, verfällt eine ggf. vorhandene Todesfall-Leistung und der Versicherungsvertrag erlischt.

Beitrag

Ihr Beitrag

Einmalbeitrag

EUR

Konto für die Rentenzahlung an den Bezugsberechtigten im Erlebensfall (Konto des Versicherungsnehmers)

Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich ggf. 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 Vertrags 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.

Frau Herr Firma Nachname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen 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 Betrags informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts IBAN

Datum Unterschrift des Kontoinhabers und / oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

Die Beitragszahlung darf nur durch den Versicherungsnehmer selbst erfolgen.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

■ Allgemeine Vertragsinformationen Tarif BRCP Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen)

■ Individuelle Vertragsinformationen unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag, mit der Widerrufsbelehrung

Die **Allgemeinen Vertragsinformationen** enthalten unter anderem die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise.

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter

Weitere Informationen

1. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen vor Ihrer Vertragserklärung ausgehändigten Versicherungsbedingungen in den Allgemeinen Vertragsinformationen.

2. Antragsbindungsfrist

Die Antragsbindungsfrist beträgt sechs Wochen. Sie beginnt mit dem Tag, an dem Sie den Antrag unterschreiben. Endet diese Frist, ohne dass wir Ihren Antrag angenommen haben, sind Sie nicht mehr

an diesen gebunden. Daneben bleibt es Ihnen unbenommen, Ihre Vertragserklärung zu widerrufen. Die Widerrufsbelehrung mit Ihrem Widerrufsrecht finden Sie in den Individuellen Vertragsinformationen.

3. Antragsdurchschrift

Eine Durchschrift dieses Versicherungsantrags wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrags sofort ausgehändigt.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die Continentale Lebensversicherung AG, auch besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen erheben oder an einbezogene Dritte, z.B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. So unterliegt z.B. der Schweigepflicht, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

1 Weitergabe Ihrer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z. B. an Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtbindung erforderlich.

1.1 Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbundes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Daten 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 Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

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

1.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

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

1.3 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Ihre Daten Versicherungsvermittlern (Versicherungsvertretern oder Versicherungsmaklern) 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Versicherungsvertreters kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Versicherungsvertreter kommen. Dies gilt auch für eine Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen Versicherungsvertreter. Für die Übertragung von Vertragsdaten von einem Versicherungsmakler auf einen anderen Versicherungsmakler gilt dies nur, sofern der neue Versicherungsmakler dem Versicherungsunternehmen noch keine Maklervollmacht vorgelegt hat und eine Datenübermittlung erforderlich ist. In diesem Fall benötigen wir auch Ihre Schweigepflichtbindung. Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung Ihrer Daten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvermittler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvermittler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

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

1.4 Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Versicherungsvermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert (sog. Abschlussvermittler) und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z. B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrags 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 Abschluss-

vermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvermittler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG an Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags – soweit erforderlich – übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2 Datenübermittlung an Auskunfteien

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Auch bei Sonderzahlungen zu laufenden Versicherungsverträgen kann eine Bonitätsprüfung erforderlich sein.

Zu diesem Zweck entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsprüfung benötigen wir die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegisterantrag. Bei falschen Angaben behalten wir uns die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrags vor.

3 Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtbindung ganz oder teilweise nicht abzugeben und jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen/Schweigepflichtbindungen weisen wir auf die Angaben in den vorstehenden Bausteinen. Wir weisen nochmals klarstellend darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung im Fall der Ziffern 1.1 bis 1.4 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags ist nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 1.1 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.

Zielmarkt (Bestätigung des Vermittlers)

Der Verkauf des Versicherungsprodukts erfolgt innerhalb des Zielmarktes.

Abweichend: Der Verkauf erfolgt nicht innerhalb des Zielmarktes und die Begründung ist auf einem Zusatzblatt beigefügt.

Schlusserklärung und Antragsunterschriften

Meine Angaben in diesem Antrag sind vollständig und richtig. Mit meiner Unterschrift gebe ich die vorstehenden Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtbindungserklärung“, ab.

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift des Antragstellers und /oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen	Datum	Unterschrift des Vermittlers

Risikoträger

Continentale Lebensversicherung AG
– Direktion –
Baierbrunner Str. 31-33, D-81379 München
Postfach, D-81357 München

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: München
Handelsregister Amtsgericht München B 182 765
USt-ID-Nr: DE 124 906 368