

Erhöhung / Nachversicherung *ohne* Gesundheitsprüfung zu Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung

Versicherungsnummer/n:

Versicherungsnehmer (Vorname und Nachname / Firmenbezeichnung)	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort / Firmensitz)	Staatsangehörigkeit	Telefonnummer / E-Mailadresse für Rückfragen ⁽¹⁾
Versicherte Person (Vorname und Nachname) <i>wenn vom Versicherungsnehmer abweichend</i>	Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)	Staatsangehörigkeit	Telefonnummer / E-Mailadresse für Rückfragen ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Freiwillige Angaben zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Erhöhung des Beitrags / der Rente *ohne* Gesundheitsprüfung

Dem Änderungsantrag ist ein vollständig ausgefülltes "Beiblatt zur Beratung" beizufügen (ausgenommen sind Versicherungsmakler).

Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich! Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des Versicherungsnehmers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Gilt ausschließlich für Verträge mit Stand der „Allgemeinen Vertragsinformationen“ ab 04.2012.

Die Voraussetzungen / Regelungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweiligen Tarifs sind zu beachten.

Erhöhung des Beitrags der Rente

ab dem 01. _____ . 20 _____

um _____ Euro

auf _____ Euro

Für Erhöhungen, die eine erneute Gesundheitsprüfung der versicherten Person erfordern, ist der Änderungsantrag "Erhöhung *mit* Gesundheitsprüfung zu Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung" zu verwenden.

Die Gesundheitsfragen sind immer dann von der versicherten Person zu beantworten, wenn

Die Gesundheitsfragen sind dann von der versicherten Person zu beantworten, wenn

- es sich um einen Tarif B1, E1, PBU, PBUS, PEU, PEUS handelt
- es sich um einen Tarif F3 handelt
- es sich um einen Tarif K5, KL handelt
- es sich um einen Tarif T2, RL, PRL handelt
- Tarife FR3, RI, RIG: Zusatzversicherungen vereinbart sind oder der Versicherungsschutz eine Rückgewähr der gezahlten Beiträge oder den um ein Prozent erhöhten Geldwert des Fondsguthabens übersteigt.
- Tarife FR3B, BRI: eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder eine Lebenspartnerrenten-Zusatzversicherung vereinbart ist.
- Tarife R1, RC: eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder eine Lebenspartnerrenten-Zusatzversicherung vereinbart ist.
- Tarife R1B, BRC: eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung oder eine Lebenspartnerrenten-Zusatzversicherung vereinbart ist.

Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung

Dem Änderungsantrag ist ein vollständig ausgefülltes "Beiblatt zur Beratung" beizufügen (ausgenommen sind Versicherungsmakler).
Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich! Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des Versicherungsnehmers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Dieser Änderungsantrag zur Nachversicherung gilt für Verträge, denen die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ ab 04.2012 zugrunde liegen. Der Änderungsantrag kann zusätzlich für Verträge, denen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen vor 04.2012 zugrunde liegen und zu denen bereits ein separater Nachversicherungsvertrag mit Stand der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ab 04.2012 besteht, verwendet werden.

Die einzelvertraglichen Regelungen zur Nachversicherung (Ereignisse, Fristen, Begrenzungen) sind den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ des jeweiligen Tarifs zu entnehmen.

Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als EasyBUZ / EasyEUZ gelten zusätzlich und abweichend von den „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ folgende Bestimmungen:
Der Beitrag, gegebenenfalls der reduzierte Beitrag bei Überschuss-System Beitragsverrechnung, darf nach einer Nachversicherung 3.000 Euro pro Jahr nicht überschreiten.

- Erhöhung des Gesamtbeitrags (inkl. eventuell vorhandener Zusatzversicherungen) des Beitrags *ausschließlich* für den Haupttarif
 der Versicherungssumme / Rente / BU-/EU-Rente Erhöhung der Rente aus der Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (falls mitversichert)

ab dem 01. _____ . 20 _____

um _____ Euro

auf _____ Euro

Es ist ein geeigneter Nachweis über die Voraussetzung zur Inanspruchnahme der Nachversicherung beizufügen.

Finanzielle Angemessenheitsprüfung

Fragen zur versicherten Person bei einer Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Versicherung oder bei einem Vertrag mit Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt? Hierzu zählen ja nein

- private Versicherungen oder Zusatzversicherungen
- Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung
- Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüche aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen

Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro? _____

Name des Unternehmens bzw. des Versorgungsträgers? _____

Handelt es sich um einen Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Vertrag oder um einen Vertrag mit Berufsunfähigkeits- / Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung und beträgt die Gesamtrente¹⁾ inkl. Sofortbonus vor oder aufgrund der Nachversicherung mehr als 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich, sind die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

- **Arbeitnehmer:**
jährliches Nettoarbeitseinkommen _____ Euro
- **Selbständiger:**
Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre
(aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)
Jahr _____ Euro
Jahr _____ Euro
Jahr _____ Euro
Beginn der Selbstständigkeit _____
- **Betriebliche Altersversorgung:**
jährliches Bruttoarbeitseinkommen _____ Euro

Bei Gesamtrenten¹⁾ über 2.500 Euro monatlich bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.

¹⁾ Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften / Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsanwartschaften aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)

Eine vollständige Ausweiskopie ist dem Antrag zwingend beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Der Versicherungsnehmer ist:

- eine natürliche Person
- eine juristische Person → bitte immer Formular "Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz" (#3395) beifügen.

Wirtschaftlich berechtigt an dem Vertrag ist (auch Mehrfachnennungen sind möglich)

- der Antragsteller (Versicherungsnehmer)
- der Bezugsberechtigte im Erlebensfall
(falls abweichend vom Antragsteller / Versicherungsnehmer)
- der Beitragszahler
(falls abweichend vom Antragsteller / Versicherungsnehmer)
- die abweichend auftretende Person
- eine sonstige natürliche Person
(z. B. VP bei bAV)
- der Abtretungsgläubiger (Zessionar) bzw. die nachstehende juristische Person (Unternehmen / Personengesellschaft)
Hinweis: Handelt es sich um ein Geldinstitut außerhalb der EU, verwenden Sie bitten das Formular "Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz" (#3395)
- _____ Vor- und Familienname _____ ggf. abweichender Geburtsname
- _____ Straße / Hausnummer _____
- _____ Postleitzahl / Wohnort _____
- _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

_____ Name oder Bezeichnung (Firma), Rechtsform

_____ Registernummer (insbesondere Handelsregisternummer) und Registergericht (falls vorhanden)

_____ Straße, Hausnummer (Bitte keine Postfach- oder c/o-Adresse angeben)

_____ Postleitzahl, Ort (Sitz des Unternehmens)

- Zusätzlich weitere Personen oder eine juristische Person → bitte immer Formular "Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz" (#3395) beifügen.

Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person oder sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht oder auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt wird oder auf deren Veranlassung eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird.

Zusätzliche Fragen an den Antragsteller, den wirtschaftlich Berechtigten und die abweichend auftretende Person (falls mehrere bitte einzeln beantworten)

Üben oder übten Sie ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene aus, wie zum Beispiel als Parlamentsmitglied, Regierungsmittglied, Staatssekretär oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen, wie Obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen oder sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte? ja *) nein

Sind Sie Familienmitglied einer dieser Personen oder sind Sie ihr nahestehend? ja *) nein

*) Falls ja, welches Mandat oder Amt üben / übten Sie aus bzw. welche Art war / ist Ihre Beziehung zum Mandats- oder Amtsträger?

_____ Mandat / Amt bzw. welcher Art war / ist die Beziehung zum Mandats- oder Amtsträger?

_____ Ausgeübt von / bis _____

A) Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir, die Continentale Lebensversicherung AG, Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, ggf. an andere Stellen, z. B. an Adressermittler, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages unentbehrlich sind. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG.

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

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste erhalten Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend durch ein *) gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

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

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der Continentale Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

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 der 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 Angaben verwendet.

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

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

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der Continentale Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

4. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrages kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (sog. Abschlussvermittler), und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z.B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrages mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvermittler Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvermittlern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

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

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung 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 Vertrags übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen.

5. Abfrage bei Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei der infoscure Consumer Data GmbH durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die Continentale Lebensversicherung AG bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

B) Informationen zum Datenschutz

Datenschutzhinweise

Sie finden Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte in den Allgemeinen Vertragsinformationen und, wie auch weitere Informationen zum Datenschutz, unter www.continentale.de/datenschutz.

Datenschutzhinweis 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 Information verfügt.

C) Weitere Informationen

1. Vertragsgrundlagen

Vertragsgrundlagen sind / werden der Antrag, dieser Änderungsantrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen vor Ihrer Vertragserklärung ausgehändigten Allgemeinen Vertragsinformationen.

Garantierte versicherte Leistung

Die Beiträge übersteigen unter Umständen in ihrem Gesamtbetrag die garantierte versicherte Leistung.

Schlussklärung und Unterschrift

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte lesen Sie auch die Informationen im Abschnitt B) auf Seite 5.

Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen sowie die Datenschutzhinweise bei Abschluss / Änderung des Versicherungsvertrages zum Inhalt des Antrags.

Ort / Datum	Unterschrift des Versicherungsnehmers (ggf. mit Firmenstempel) oder der gesetzlichen Vertreter (zum Beispiel bei Minderjährigen)	Unterschrift der versicherten Person/en ab Alter 16 (wenn diese abweichend vom Versicherungsnehmer ist/sind) und/oder der gesetzlichen Vertreter (zum Beispiel bei Minderjährigen)
	✘	✘
Unterschrift und Stempel des Vermittlers		
✘ VEP-Nummer:		

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, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: München
Handelsregister Amtsgericht München B 182 765
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE 124 906 368