

Antrag

Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistungen

Continental RiesterRente Invest Garant Tarif RRIg

Stand: 01.01.2023

Continental Lebensversicherung AG

Ein Unternehmen des Continental Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit

Baierbrunner Straße 31-33, 81379 München

www.continentale.de



Antrag Continentale RiesterRente Invest Garant

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) und zu versichernde Person

Frau <input type="checkbox"/>	Herr <input type="checkbox"/>	Namenszusatz (z. B. Graf)	Vorsatzwort (z. B. von)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname (ggf. abweichender Geburtsname)		Vorname	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Familienstand			Telefonnummer für Rückfragen ¹
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet / verpartnert ²			<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
2 Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)

Begünstigt im Sinne des § 10 a Abs. 1 Einkommensteuergesetz (EStG) oder des § 79 EStG mit folgenden Merkmalen:

<input type="checkbox"/> unmittelbar zulageberechtigt (§ 10 a Abs. 1 EStG) <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer mit Eigenbeiträgen zur GRV <input type="checkbox"/> Pflichtversicherter Selbstständiger (Pflichtbeiträge GRV) <input type="checkbox"/> Kindererziehende Person (GRV-Zeit) <input type="checkbox"/> Mitglied der LAK/SVLFG - Mitglieds-Nr. (11-stellig) _____ <input type="checkbox"/> Personenkreis nach 10a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 4 EStG insbes. Beamter, Richter, Soldat, ab _____ Soldat: voraussichtl. Dienstzeitende _____ <input type="checkbox"/> Ich gehöre zum Kreis der Beamten, Richter, Berufssoldaten, diesen gleichgestellten Personen oder Empfängern von Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit (Personenkreis nach § 10a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 und Satz 4 EStG) und hatte im Kalenderjahr vor dem Versicherungsbeginn neben den Einnahmen daraus keine rentenversicherungspflichtigen Einnahmen. Ich wurde darüber informiert, dass das Original der „Einwilligungserklärung gegenüber dem Dienstherrn“ (# 3051) zeitnah an meinen Dienstherrn ausgehändigt werden muss, damit Anspruch auf staatliche Förderung besteht (siehe Information auf Seite 4). <input type="checkbox"/> Sonstige _____	<input type="checkbox"/> mittelbar zulageberechtigt (§ 79 EStG) (Mindestbeitrag pro Kalenderjahr 60 Euro – Angaben zum Ehegatten / Lebenspartner ¹ erforderlich) <input type="checkbox"/> Pflichtversicherter Angehöriger eines berufsständischen Versorgungswerks <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann <input type="checkbox"/> Sonstige _____
--	--

1 Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)

Sonstige Erklärungen und Vereinbarungen

Bestehen für Sie oder Ihren Ehegatten / Lebenspartner¹ bei der Continentale Lebensversicherung AG oder einem anderen Unternehmen bereits weitere Verträge mit Zulagenförderung oder sind solche beantragt? ja nein

Für wen? Name des Unternehmens? Ggf. Versicherungsnummer(n) angeben

Besondere Vereinbarungen

1 Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)

Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

Fondsauswahl zum Antrag #3513 Sonstiges, und zwar

Für den Zulageantrag benötigte Informationen (bitte vollständig angeben)

Angaben zur zu versichernden Person

Sozialversicherungsnummer der zu versichernden Person (12-stellig) Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig)

Angabe zur Höhe der maßgebenden **Einnahmen im Kalenderjahr vor dem Versicherungsbeginn**, wenn Sie unmittelbar zulageberechtigt sind EUR
 Bei Landwirten richtet sich diese Angabe nach dem Vorvorjahr.

➡ Erläuterungen zu den anzugebenden Einnahmen finden Sie im Merkblatt „Wichtige Informationen zum Antrag auf Riester-Rente“ #3065

Angaben zum Ehegatten/Lebenspartner¹

Frau Herr Titel, Nachname (ggf. abweichender Geburtsname), Vorname, Namenszusatz des Ehegatten/Lebenspartners¹ Staatsangehörigkeit
 Sozialversicherungsnummer des Ehegatten/Lebenspartners¹ (12-stellig) Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig) Geburtsdatum Geburtsort

Kinderzulage – Die folgenden Angaben sind nur bei Beantragung der Kinderzulage erforderlich

Bei leiblichen Eltern, Adoptiveltern oder Pflegeeltern verschiedenen Geschlechts, die im Beitragsjahr miteinander **verheiratet** sind, nicht dauernd getrennt leben und beide ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem EU-/EWR-Staat haben, steht die Kinderzulage – unabhängig von der Festsetzung des Kindergeldes – der **Mutter** zu. Bei Eltern gleichen Geschlechts, die miteinander verheiratet sind oder miteinander eine Lebenspartnerschaft¹ führen, nicht dauernd getrennt leben und beide ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem EU-/EWR-Staat haben, ist die Kinderzulage dem Ehegatten/Lebenspartner¹ zuzuordnen, gegenüber dem das Kindergeld festgesetzt wurde.

Ich beantrage für nachfolgend genannte Kinder die Kinderzulage: ➡ Bitte achten Sie hier auf identische Angaben wie gegenüber der Kindergeldstelle, damit die Zulage fließt!

(Sofern die Kinderzulage von der Mutter bzw. dem Ehegatten/Lebenspartner¹, gegenüber dem das Kindergeld festgesetzt wurde, übertragen wird, bitte hier nur die Kinder eintragen, für die die Übertragung gelten soll)

	Kind 1	Kind 2	Kind 3	Kind 4
Nachname, Vorname, Namenszusatz (analog Meldung Kindergeldstelle)				
Geburtsdatum				
Steuer-Identifikationsnummer (11-stellig)				
Kindergeldstelle				
Kindergeldnummer				
Besteht Kindergeldanspruch?				
Kindergeldberechtigter, gegenüber dem das Kindergeld am 01.01. des Vertragsbeginnjahres / bei Geburt festgesetzt wurde				

Weitere Angaben (falls auf unterschriebenem Extrablatt, bitte ankreuzen)

Auf Antrag beider Eltern kann die Kinderzulage dem Vater bzw. dem anderen Ehegatten/Lebenspartner¹ zugeordnet werden. Die Übertragung des Anspruchs auf Kinderzulage ist nicht möglich, wenn das Kind nur zu einem Ehegatten/Lebenspartner¹ in einem Kindschaftsverhältnis steht.

Zustimmung der Ehefrau (Mutter des Kindes) bzw. des Ehegatten / Lebenspartners¹, gegenüber dem das Kindergeld festgesetzt wurde; nur bei Übertragung der Kinderzulage auf den Ehemann (Vater des Kindes)/anderen Ehegatten/anderen Lebenspartner¹ erforderlich
 Ich stimme zu, dass mein von mir nicht dauernd getrennt lebender Ehemann bzw. Ehegatte / Lebenspartner¹, gegenüber dem das Kindergeld nicht festgesetzt wurde, für die nachfolgend genannten Kinder (bitte ankreuzen) die Kinderzulage erhält. Die Zustimmung kann für dieses Beitragsjahr nicht zurückgenommen werden. Die Zustimmung gilt bis auf Widerruf auch für die Folgejahre, wenn mein Ehemann bzw. mein Ehegatte/Lebenspartner¹, gegenüber dem das Kindergeld nicht festgesetzt wurde, seinem Anbieter eine Bevollmächtigung (Dauerzulageantrag) erteilt. Der Widerruf muss **spätestens am 31. Dezember des Beitragsjahres**, für das die Zustimmung nicht mehr gelten soll, beim Anbieter des Ehemanns bzw. des Ehegatten/Lebenspartners¹, gegenüber dem das Kindergeld nicht festgesetzt wurde, vorliegen.

Kind 1 Kind 2 Kind 3 Kind 4
 Datum Unterschrift der Ehefrau (Mutter des Kindes) bzw. des Ehegatten/Lebenspartners¹, gegenüber dem das Kindergeld festgesetzt wurde

Dauerzulageantrag

Durch eine Bevollmächtigung des Anbieters zur Beantragung der Altersvorsorgezulage wird die Zulage von uns, dem Anbieter, bei der zentralen Zulagenstelle (ZfA) beantragt, bis Sie Ihre Vollmacht widerrufen. Sie sind verpflichtet, uns Änderungen der Verhältnisse, die zu einer Veränderung des Zulageanspruchs (Wegfall oder Minderung) führen, unverzüglich mitzuteilen. Ansonsten werden dem Zulageantrag die zuletzt gespeicherten Daten zugrunde gelegt – und Sie erhalten bei geänderten Verhältnissen ggf. eine zu geringe staatliche Förderung oder müssen Ihre Förderung ganz oder teilweise zurückzahlen.

Ich bevollmächtige für meine fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantieleistungen die **Continental Lebensversicherung AG**, die erforderlichen Daten nach § 89 EStG für die **Beantragung der Zulage(n)** an die zentrale Zulagenstelle (ZfA) weiterzuleiten. Diese Bevollmächtigung gilt unbefristet und kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Ich werde Änderungen der Verhältnisse (z.B. Änderung des tatsächlichen Arbeitsentgelts / der Entgeltersatzleistung / Beendigung der Zugehörigkeit zum berechtigten Personenkreis, Familienstand, Wegfall des Kindergeldes, Anzahl der Kinder, Zuordnung der Kinder, Zuordnung bei mehreren Verträgen), die zu einer Veränderung des Zulageanspruchs (Erhöhung, Wegfall oder Minderung) führen, unverzüglich der Continental Lebensversicherung AG mitteilen. Ansonsten werden die zuletzt gespeicherten Daten zugrunde gelegt.

Ich wünsche **keinen Dauerzulageantrag** – und beantrage meine Altersvorsorgezulage jährlich selbst über den Anbieter. **Mir ist bekannt, dass die Beantragung der Zulage(n) Voraussetzung dafür ist, staatliche Förderung in Form von Zulage(n) und ggf. Sonderausgabenabzug zu erhalten.**

¹ Lebenspartner bzw. Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)

3068 / 01.2023 ■ Antrag RRIG

Leistungen / Tarifdaten – Tarif RRI

Versicherungsbeginn
01 . Monat . Jahr

Garantiertermin
01 . Monat . Jahr

Garantierte Mindestrente monatlich zum Garantiertermin
EUR

Rentenzahlung vorschüssig nachschüssig

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

Beginn der Rente im Alter und Beitragszahlungs-Endalter
Jahre

oder

Anspardauer und Beitragszahlungsdauer
Jahre Monate

Beitragserhaltungsgarantie

Zum Garantiertermin stehen mindestens die eingezahlten Beiträge und Sonderzahlungen sowie die dem Vertrag zugeflossenen staatlichen Zulagen zur Verfügung.

Todesfall-Leistung vor Rentenbeginn

Vertragsguthaben

Todesfall-Leistung nach Rentenbeginn (sofern gewünscht)

Rentengarantiezeit Jahre oder Kapitalrückgewähr

Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn

Wahlmöglichkeit bis zum Rentenbeginn zwischen Steigender, Flexibler und Teildynamischer Gewinnrente. Steigende Gewinnrente, falls keine Bestimmung hier im Antrag oder bis zum Rentenbeginn getroffen wird.

Sonderzahlung(en) im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns bei unterjährigem Beginn (i.d.R. Voraussetzung für die ungekürzte Zulage)

Ich werde folgende Sonderzahlung leisten:

Zahlung am	in Höhe von	Zahlung zum	in Höhe von
01.	EUR	01.	EUR
01.	EUR	01.	EUR
01.	EUR	01.	EUR

Ein erteiltes SEPA-Lastschriftmandat erstreckt sich auch auf diese Sonderzahlungen.

Dynamik – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung

im gleichen Verhältnis wie die Veränderung des Höchstbeitrags der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund), mindestens um 3%, höchstens um 10%

Fondsanlage

Verwenden Sie bitte für die Festlegung der Fondsanlage das Formular #3513 – „Fondsauswahl zum Antrag auf Fondsgebundene Versicherung“.

Legitimationsprüfung und steuerliche Angaben (CRS) – bitte immer beantworten!

Identifizierung des Versicherungsnehmers

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

Personal- ausweis } Ausweis- / Reisepass-Nummer Gültig bis oder Vollständige Ausweiskopie ist beigelegt.
 Reise- pass } Ausstellende Behörde

Abweichend wirtschaftlich Berechtigter (der Antragsteller handelt auf Veranlassung von):

Frau Herr Nachname, Vorname

Legitimationsprüfung (Formular #3395) ist beigelegt (z. B. bei abweichend wirtschaftlich Berechtigtem oder abweichend auftretender Person)

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

Steuerliche Angaben (CRS)

Nach dem Common Reporting Standard (CRS) der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) ist die Continentale Lebensversicherung AG als ein deutsches Versicherungsunternehmen bereits bei Vertragsanbahnung verpflichtet, von allen im Ausland steuerlich ansässigen Kunden die nach dem genannten Abkommen relevanten Steuerinformationen zu erheben und bei Bestehen einer Meldepflicht die erhobenen Daten an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) zu übermitteln. Stellen Sie uns die notwendigen Informationen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung, müssen Sie ungeachtet einer bestehenden oder nicht bestehenden steuerlichen Ansässigkeit außerhalb Deutschlands damit rechnen, dass Ihre Vertrags- und Personendaten an die örtlichen Steuerbehörden gemeldet werden.

Ist der Antragsteller ausschließlich in Deutschland steuerlich ansässig? ja nein, in Land / Länder der steuerlichen Ansässigkeit Steuernummer(n) im Ausland

Jede Änderung der steuerlichen Ansässigkeit ist der Continentale Lebensversicherung AG unverzüglich mitzuteilen.

Bezugsberechtigung

Bezugsberechtigt für alle Leistungen ist der Versicherungsnehmer. Nach dessen Ableben

die nachfolgend namentlich benannte Person oder der zum Zeitpunkt des Todes mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte / Lebenspartner¹

Frau Herr Nach- und Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Sonstige Bestimmungen

Falls Sie mehrere Personen benennen, bitte prozentuale Aufteilung angeben.

Keine Rückzahlungspflicht für die staatliche Förderung lösen aus

- im Todesfall der versicherten Person vor Rentenbeginn eine unmittelbare Übertragung des gebildeten Kapitals auf einen zertifizierten Altersvorsorgevertrag des überlebenden Ehegatten / Lebenspartners¹ und
- im Todesfall der versicherten Person nach Rentenbeginn eine unmittelbare Übertragung der Todesfall-Leistung aus der Kapitalrückgewähr oder aus der Rentengarantiezeit auf einen zertifizierten Altersvorsorgevertrag des überlebenden Ehegatten / Lebenspartners¹.

Rückzahlungspflicht für die staatliche Förderung bei Umzug ins Ausland

Zu einer eventuellen Rückzahlungspflicht für die staatliche Förderung bei Umzug ins Ausland beachten Sie bitte die Hinweise im Kapitel Steuerregelungen der „Allgemeinen Vertragsinformationen“.

¹ Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG)

Beitrag (Eigenbeitrag)

Anspruch auf die ungekürzte staatliche Zulage kann nur entstehen, wenn im jeweiligen Kalenderjahr mindestens ein Beitrag in Höhe des Mindesteigenbeitrags aufgewendet wird.

Ihr Beitrag
entsprechend Zahlungsweise

1/12 1/4 1/2 1/1

Beitrag

EUR

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 DE95ZZZ0000053646) 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 DE95ZZZ0000053646

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

Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler

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

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen)

■ Allgemeine Vertragsinformationen Tarif RRIG

■ Fondsbeschreibung der gewählten Investmentfonds

Nummer (siehe Fußzeile des Produktinformationsblattes)

■ Produktinformationsblatt unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag

■ 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

Einwilligungserklärung gegenüber dem Dienstherrn

Personen, die nicht in der Deutschen gesetzlichen Rentenversicherung pflichtversichert sind, aber zu dem in § 10 a Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz EStG genannten Personenkreis gehören (wie z.B. Beamte, Richter, Bezieher von Amtsbezügen oder Versorgungsbezügen wegen Dienstunfähigkeit, Berufs- und Zeitsoldaten – ohne daneben rentenversicherungspflichtige Einnahmen zu haben), müssen, damit der Anspruch auf staatliche Förderung besteht, bis zum Ablauf des Beitragsjahres gegenüber der zuständigen Stelle nach § 81 a EStG (z.B. dem Dienstherrn) ihre Einwilligung zur Abgabe der erforderlichen

Erklärungen und zur Datenübermittlung (§ 10 a Abs. 1 Satz 1 zweiter Halbsatz EStG) an die Deutsche Rentenversicherung Bund (Zentrale Stelle nach § 81 EStG) gegeben haben.

Sie können Ihre Einwilligung gegenüber der Zentralen Stelle vor Beginn des Kalenderjahres widerrufen, für das sie erstmals nicht mehr gelten soll.

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 Schweigepflichtentbindungserklärung

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 Schweigepflichtentbindungen, 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 Schweigepflichtentbindung 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 Schweigepflichtentbindung. 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/Schweigepflichtentbindung 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/Schweigepflichtentbindungen 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.

Schlussklärung 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 Schweigepflichtentbindungserklärung“, ab.

Ich bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen zu den Datenschutzhinweisen informiere. 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