

Wiederinkraftsetzung ohne Gesundheitsprüfung

Nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich!

Versicherungsnummer/n

Versicherungsnehmer (Vor- und Nachname / Firmenbezeichnung)

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort / Firmensitz)

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer / E-Mail für Rückfragen¹

Versicherte Person (Vor- und Nachname) - wenn vom Versicherungsnehmer abweichend

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer / E-Mail für Rückfragen¹

¹ freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Wiederaufnahme der Beitragszahlung für *nicht* fondsgebundene Produkte ab 01. ____ . 20 ____

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist ein vollständig ausgefülltes „Beiblatt zur Beratung“ beizufügen (ausgenommen sind Versicherungsmakler)!

Es ist eine vollständige und leserliche Kopie eines gültigen Ausweises des Versicherungsnehmers beizufügen!

Eine Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich; siehe Seite 2!

Mit dem gleichen Beitrag wie bisher (gegebenenfalls mit einer herabgesetzten garantierten Versicherungssumme / garantierten Rente).

Mit einem herabgesetzten Beitrag in Höhe von Euro

Mit der gleichen garantierten Versicherungssumme / garantierten Rente wie bisher; gegebenenfalls mit einem erhöhten laufenden Beitrag. Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als EasyBUZ / EasyEUZ gelten zusätzlich und abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Bestimmungen: Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung kann der Versicherungsvertrag nur mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Zahlungsunterbrechung bestanden hat, wieder in Kraft gesetzt werden.

Die rückständigen Beiträge in Höhe von Euro werden in einer Summe nachgezahlt.

Bei Vorliegen eines SEPA-Lastschriftmandats werden die rückständigen Beiträge automatisch mit dem ersten Beitragsabruf nach der Zahlungsunterbrechung mit abgerufen. Sofern kein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt, sind die rückständigen Beiträge zum Fälligkeitstermin auf das Konto der Continentale Lebensversicherung AG mit IBAN DE74 4404 0037 0340 9968 02 bei der Commerzbank Dortmund (BIC: COBADEFFXXX) unter Angabe der Versicherungsnummer zu überweisen.

Steuerhinweis

Die Wiederinkraftsetzung des Vertrags kann dazu führen, dass der Versicherungsvertrag steuerpflichtig wird.

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift, dass er hierüber informiert wurde.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung für fondsgebundene Produkte ab 01. ____ . 20 ____

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist ein vollständig ausgefülltes „Beiblatt zur Beratung“ beizufügen (ausgenommen sind Versicherungsmakler)!

Es ist eine vollständige und leserliche Kopie eines gültigen Ausweises des Versicherungsnehmers beizufügen!

Eine Legitimationsprüfung nach dem GWG ist erforderlich; siehe Seite 2!

Mit dem gleichen Beitrag wie bisher und ohne Nachentrichtung der während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge; gegebenenfalls mit niedrigeren Versicherungswerten.

Mit einem herabgesetzten Beitrag in Höhe von Euro.

Mit Nachzahlung der während der beitragsfreien Zeit nicht gezahlten Beiträge (gilt ausschließlich für Verträge, denen die „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ mit Stand ab 12.2012 zugrunde liegen).

durch Erhöhung des laufenden Beitrags in einem einmaligen Betrag als Sonderzahlung

Beinhaltet der Vertrag eine PremiumBUZ / PremiumEUZ als EasyBUZ / EasyEUZ gelten zusätzlich und abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Bestimmungen: Bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung kann der Versicherungsvertrag nur mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Zahlungsunterbrechung bestanden hat, wieder in Kraft gesetzt werden.

Steuerhinweis

Die Wiederinkraftsetzung des Vertrags kann dazu führen, dass der Versicherungsvertrag steuerpflichtig wird.

Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift, dass er hierüber informiert wurde.

Steuerliche Angaben (CRS / FATCA) – Nähere Informationen zu CRS / FATCA siehe Seite 4 bzw. Fragebogen für Rechtsträger

Ist der Versicherungsnehmer **ausschließlich** in Deutschland 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. Ist der Versicherungsnehmer in den USA steuerpflichtig, ist das Beiblatt „Angaben zur Steuerpflicht in den USA (FATCA)“ #3510 beizufügen. Ist der Versicherungsnehmer ein Rechtsträger (z. B. juristische Person, nicht rechtsfähige Vereinigung), ist zusätzlich der „Fragebogen für Rechtsträger (FATCA/CRS)“ #3495 ist immer beizufügen.

SEPA-Lastschriftmandat (sofern Antragsteller oder zu versichernde Person Kontoinhaber ist; sonst Formular SEPA-Lastschriftmandat #1560 ausfüllen)

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).

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrages in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an:
(bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben)

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer 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.

Familienname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber

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

Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)

Eine vollständige und leserliche Kopie eines gültigen Ausweises ist dem Antrag beizufügen!

Der Versicherungsnehmer ist:

eine natürliche Person

eine juristische Person: Bitte immer das 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: Bitte immer das Formular „Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz“ (#3395) beifügen!

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 das 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.

A) 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 unterliegenden 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, Verwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbandes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind vertraglich oder gesetzlich zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie ggf. zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Daten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste 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 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 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 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 Rückversicherungen 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 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 Versicherungsververtreters 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 Versicherungsmakler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind.

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 Ihrer Versicherungsmaklern 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 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 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 Abschlussvermittlern 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.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG an Abschlussvermittler 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 übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2. Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung

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 Melderegistereintrag. 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 oder jederzeit später unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Ihre Einwilligung der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

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.

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.

CRS / FATCA

Nach dem U.S. Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) und 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 allem im Ausland steuerlich ansässigen bzw. in den USA steuerpflichtigen Kunden die nach den 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.

Garantierte versicherte Leistung

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

Schlussklärung, Schweigepflichtentbindungserklärung und Unterschriften

Schlussklärung

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte lesen Sie auch die Informationen im Abschnitt B) und C) auf Seite 4 des Antrags. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

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

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung (Seite 3):

Ich willige in die Verwendung meiner der Schweigepflicht unterliegenden Daten ein.

1. Weitergabe Ihrer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG
2. Datenübermittlung an Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung
3. Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

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)

VEP-Nummer

Unterschrift und Stempel des **Vermittlers**
(* Bitte Hinweis zum „Beiblatt zur Beratung“ beachten)