

Antrag

Direktversicherung

Fondsgebundene Rentenversicherung

Continental Rente Invest

Tarif RI

Stand: 01.01.2022

Continental Lebensversicherung AG

Ein Unternehmen des Continental Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit

Baierbrunner Straße 31-33, 81379 München

www.continentale.de



Antrag Continentale Rente Invest

Vertriebspartner / interne Vermerke

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

Antrag auf Direktversicherung nach § 3 Nr. 63 EStG

Arbeitnehmer- bzw. mischfinanziert Arbeitgeberfinanziert

Antragsteller / Arbeitgeber – Versicherungsnehmer (VN)

Firma

Straße, Hausnummer Postleitzahl Ort (Sitz des Unternehmens)

Branche Telefonnummer für Rückfragen¹

E-Mail-Adresse¹

1 freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Arbeitnehmer – Zu versichernde Person (VP)

Frau Herr Nachname Vorname

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Berufsstatus
 Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Auszubildender
 Telefonnummer für Rückfragen¹

Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung E-Mail-Adresse¹

Bei der zu versichernden Person handelt es sich um eine Person außerhalb des persönlichen Geltungsbereichs des BetrAVG (z. B. beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer).
 Eintritt in den Betrieb am Versorgungszusage ab

1 freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Besondere Vereinbarungen

Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

Fondsauswahl zum Antrag #3513

Indiv. Startmanagement #3467

Sonstiges, und zwar

Leistungen/Tarifdaten – Tarif RI

Versicherungsbeginn
01 . Monat . Jahr

Rentenzahlung monatlich
vorschüssig nachschüssig

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

Angaben mit Endalter
Beginn der Rente im Alter Jahre
Beitragszahlungsendalter Jahre

oder

Angaben mit Dauern
Anspardauer Jahre Monate
Beitragszahlungsdauer Jahre Monate

Rentenbeginn frühestens im Alter 62

Rentenbeginn frühestens im Alter 62

Todesfall-Leistung vor Rentenbeginn (falls keine Eintragung: Vertragsguthaben)

Vertragsguthaben

oder

Beitragsrückgewähr

Todesfall-Leistung nach Rentenbeginn (sofern gewünscht)

Rentengarantiezeit Jahre

oder

Kapitalrückgewähr

Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn

Klassischer Rentenbezug mit Wahlmöglichkeit zwischen Steigender, Flexibler, Teildynamischer (nicht bei Einmalbeitrag) Gewinnrente. Steigende Gewinnrente, falls keine Bestimmung hier im Antrag oder bis zum Rentenbeginn getroffen wird. Investmentorientierter Rentenbezug vor Rentenbeginn alternativ wählbar.

Dynamik – Jährliche Anpassung des laufenden Beitrags zur ersten Beitragsfälligkeit im Kalenderjahr

um 4% der jeweiligen jährlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

um 8% der jeweiligen jährlichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund)

um einen gleichbleibenden Satz von % (ganzzahlig 3 - 10%) des Vorjahresbeitrags
Die Beiträge können infolge dynamischer Anpassungen die Höchstgrenze nach § 3 Nr. 63 EStG überschreiten.

Falls keine Eintragung erfolgt, gilt die Dynamik als nicht vereinbart.

Fondsanlage

Verwenden Sie bitte für die Festlegung der Fondsanlage
Formular # 3513

oder bei Einmalbeiträgen zur Vereinbarung eines individuellen Startmanagements
Formular # 3467

Legitimationsprüfung – bitte immer beantworten!

Die Beiträge werden von folgendem Konto des VN überwiesen:
Name und Ort des Kreditinstituts

IBAN

oder

Es wird ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt; Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer.

VN bzw. die Firma ist in ein Register eingetragen.

oder

VN ist Einzelunternehmer, GbR o.ä. (ohne Eintrag in ein Register):
Vollständige Ausweiskopie(n) anbei.

Registergericht und Registernummer

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

oder

Legitimationsprüfung (Formular # 3395) ist beigelegt.

Wirtschaftlich berechtigt ist

der Antragsteller (Arbeitgeber) – immer, wenn das Bezugsrecht zugunsten des Arbeitnehmers nicht sofort unwiderruflich ist (arbeitgeberfinanziert mit gesetzlicher Unverfallbarkeit)

die zu versichernde Person (Arbeitnehmer) – immer, wenn ein sofortiges unwiderrufliches Bezugsrecht zugunsten des Arbeitnehmers besteht oder vereinbart wird (also bei Entgeltumwandlung, Mischfinanzierung oder arbeitgeberfinanzierter Direktversicherung mit sofortiger Unverfallbarkeit)

Bezugsberechtigung – bitte immer beantworten!

Gemäß Versorgungszusage. Bitte immer mit einreichen! oder Gemäß Zusatzklärung # 3511. Bitte immer mit einreichen!

Beitrag

Beitrag entsprechend Zahlungsweise

Ihr Beitrag entsprechend Zahlungsweise

<input type="checkbox"/> 1/12	<input type="checkbox"/> 1/4	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1/1	<input type="checkbox"/> am Monatsende	<input type="checkbox"/> einmalig
Arbeitgeberbeitrag			davon ggf. steuerlich nicht gefördert ¹		
<input type="text" value="EUR"/>			<input type="text" value="EUR"/>		
Arbeitnehmerbeitrag			davon ggf. steuerlich nicht gefördert ¹		
<input type="text" value="EUR"/>			<input type="text" value="EUR"/>		
Gesamtbeitrag			davon ggf. steuerlich nicht gefördert ¹		
<input type="text" value="EUR"/>			<input type="text" value="EUR"/>		

¹ unter Berücksichtigung sämtlicher nach § 3 Nr. 63 EStG geförderter Verträge

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 Versicherungsverbandes 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 Einziehung 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 Versicherungsverbandes 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 Versicherungsverbandes.

Continentale Krankenversicherung a. G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646
Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma	Nachname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

<input checked="" type="checkbox"/> Allgemeine Vertragsinformationen Tarif RI	Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen) <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Fondsbeschreibung der gewählten Investmentfonds	
<input checked="" type="checkbox"/> 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

- Vertragsgrundlagen**
Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen vor Ihrer Vertragserklärung ausgehändigten Versicherungsbedingungen in den Allgemeinen Vertragsinformationen.
- 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. In der **Widerrufsbelehrung mit Ihrem Widerrufsrecht** finden Sie in den **Individuellen Vertragsinformationen**.

- 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 Versicherungsverbandes 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 Versicherungsvertreter

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Ihre Daten Versicherungsvertretern (Versicherungsvertretern oder Versicherungsmaklern) zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Versicherungsvertreter Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Versicherungsvertreter 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 Versicherungsvertreter für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvertreter angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvertreter 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 Versicherungsvertreter und Dienstleister von Versicherungsvertretern 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 Abschlussvertreter nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Versicherungsvertreter, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert (sog. Abschlussvertreter) 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 Versicherungsvertreter Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschluss-

vertretern 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 Abschlussvertreter zu erfüllen. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvertreter ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG an Versicherungsvertreter und Dienstleister von Versicherungsvertretern 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.

Vollmacht zur Abfindung von Kleinstrenten

Der Antragsteller bevollmächtigt die Continentale Lebensversicherung AG unwiderruflich, in seinem Namen einen Rentenanspruch der versicherten Person oder deren Hinterbliebener aus der beantragten Direktversicherung zum Zeitpunkt des Rentenbeginns – wenn die Rente bzw. die Hinterbliebenenrente den bedingungsgemäßen Mindestbetrag nicht erreicht – abzufinden. Dies gilt nur, sofern eine Abfindung nach § 3 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) zulässig ist.

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 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Datum		Unterschrift des Antragstellers/Arbeitgebers		Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16 und/oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nachname, Vorname der für den Antragsteller unterzeichnenden Person		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