

**Änderungsantrag zu den Tarifen der Continentale Lebensversicherung a.G.**

Direktion: Beethovenstraße 6 · 80336 München

Telefon (0 89) 51 53-0 · Telefax (0 89) 51 53-200

**Versicherung Nr.** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Antragsteller (Versicherungsnehmer): \_\_\_\_\_

Gegebenenfalls neue Anschrift des Versicherungsnehmers: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Ich beantrage** nachfolgende Vertragsänderung(en) meiner oben angegebenen Versicherung zum 01. \_\_\_\_ . \_\_\_\_ bzw. dem nächstmöglichen Termin

**Übertragung (Wechsel der Versicherungsnehmer-Eigenschaft) auf**

← Achtung - gegebenenfalls GwG-Identifizierungspflicht!

Herr  Frau  Firma

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Straße / Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl und Wohnort: \_\_\_\_\_

**Wenn es sich um eine Direktversicherung (betriebliche Altersversorgung) handelt:**

Ich bin aus dem **alten** Betrieb ausgeschieden am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ich bin in den **neuen** Betrieb eingetreten am: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Der **neue** Betrieb übernimmt meine Direktversicherung ab (Versorgungszusage): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Beim neuen Betrieb handelt es sich um

- eine vom Arbeitgeber finanzierte Direktversicherung. Die Zusatzerklärung liegt bei.
- eine Gehaltsumwandlung. Die Vereinbarung liegt bei.

**Bezugsberechtigung**

Bei Ablauf der Versicherung: \_\_\_\_\_  m  w Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Bei Tod der versicherten Person: \_\_\_\_\_  m  w Geburtsdatum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Sonstige Bestimmungen zur Bezugsberechtigung: \_\_\_\_\_

**Beitragsfreistellung / Unterbrechung des Versicherungsvertrages**

**Wiederaufnahme der Beitragszahlung ab 01.** \_\_\_\_ . \_\_\_\_

← Achtung - gegebenenfalls GwG-Identifizierungspflicht!

- Mit dem gleichen Beitrag wie bisher (mit gegebenenfalls niedrigeren Versicherungswerten).
- Mit einem herabgesetzten Beitrag von \_\_\_\_\_ EUR
- Die rückständigen Beiträge werden nicht nachgezahlt.
- Die rückständigen Beiträge von \_\_\_\_\_ EUR werden nachgezahlt. Der Betrag wurde am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ auf Ihr Konto bei der Commerzbank Dortmund Bankleitzahl 440 400 37 mit der Kontonummer 0 340 996 802 überwiesen.

**Einzugsermächtigung**

Die Beiträge sind bei Fälligkeit bis auf Widerruf von meinem nachfolgend genannten Konto einzuziehen.

Konto-Nr.: □□□□□□□□□□ BLZ: □□□□□□□□ Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Falls nicht Antragsteller, Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Die mit einem \*) gekennzeichneten Änderungen können dazu führen, dass der gesamte Versicherungsvertrag steuerpflichtig wird. Der Versicherungsnehmer bestätigt durch seine Unterschrift, dass er darüber informiert wurde**

**Änderung der Zahlweise**

auf 1/\_\_\_\_\_ neuer Beitrag \_\_\_\_\_ EUR

**Dynamische Erhöhung**

← Achtung - gegebenenfalls GwG-Identifizierungspflicht!

\*)  Einschluß der dynamischen Erhöhung

Gewünschter Prozentsatz:

oder Höchstbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten, mindestens jedoch 5%

- Widerspruch einer dynamischen Erhöhung
- Ausschluß der dynamischen Erhöhung

**\*) Erhöhung des Beitrags**

← Achtung - gegebenenfalls GwG-Identifizierungspflicht!

- Erhöhung des Beitrags / der VS um \_\_\_\_\_ EUR auf \_\_\_\_\_ EUR
- Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente (falls mitversichert) auf \_\_\_\_\_ EUR

**Herabsetzung des Beitrags**

- Herabsetzung des Beitrags / der VS um \_\_\_\_\_ EUR auf \_\_\_\_\_ EUR
- Herabsetzung der Berufsunfähigkeitsrente (falls mitversichert) auf \_\_\_\_\_ EUR

**\*) Änderung des Versicherungsschutzes in der FLV**

- Investplan** Grundbaustein S1: 1 % Restbeiträge  
Wahlbaustein S12: 60 % Beitragssumme
- Varioplan** Grundbaustein S1: 1 % Restbeiträge  
Wahlbaustein S12: 100 % Beitragssumme
- Riskplan** Grundbaustein S1: 1 % Restbeiträge  
Wahlbaustein S12: 200 % Beitragssumme

oder davon abweichender Versicherungsschutz	S ...	davon ... %

**\*) Abkürzung der Versicherungsdauer**

auf das Ablaufalter \_\_\_\_\_ Jahre Restlaufzeit \_\_\_\_\_ Jahre

← Achtung - gegebenenfalls GwG-Identifizierungspflicht!

- durch Erhöhung des Beitrags bei gleichbleibender Versicherungssumme
- durch Herabsetzung der Versicherungssumme bei gleichbleibenden Beitrag

**\*) Verlängerung der Versicherungsdauer**

auf das Ablaufalter \_\_\_\_\_ Jahre Restlaufzeit \_\_\_\_\_ Jahre

**\*) Änderung in Tarif:** \_\_\_\_\_

**\*) Änderung (Wechsel) der versicherten Person auf**

Familien- und Vorname (ggfs. abweichender Geburtsname):  m  w Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



**Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)**

(Bei Wechsel der Versicherungsnehmer-Eigenschaft – Angaben zum neuen Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Als Antragsteller (Versicherungsnehmer) handle ich auf eigene Rechnung	<input type="checkbox"/> Als Antragsteller (Versicherungsnehmer) handle ich auf Rechnung von	Bitte ankreuzen, falls Legitimationsprüfung auf getrenntem Formular (VN z.B. juristische Person) <input type="checkbox"/>
<b>Ausweisdaten des Antragstellers</b>	Familien- und Vorname (ggf. abweichender Geburtsname)	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Personalausweis Ausweis- / Reisepaß-Nummer	<input type="checkbox"/> Reisepaß	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausstellende Behörde	PLZ	Wohnort
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Schlußerklärung**

Die gestellten Fragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Unternehmen schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass das Unternehmen bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Der Vermittler darf über die Erheblichkeit von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindlichen Erklärungen abgeben. Ich ermächtige das Unternehmen, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, so wie andere Personenversicherer und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Dies gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre nach der Antragsannahme. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf das Unternehmen die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen sowie die Ärzte, die mich untersucht haben, auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen. Das Unternehmen darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen und die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tod untersuchen oder behandeln werden, über die Todesursache oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Ich willige ferner ein, dass das Unternehmen im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie an den Verband der Lebensversicherungs-Unternehmen e.V. und andere Versicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche übermittelt. Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Continentale Versicherungs-Gruppe und der Europa Versicherungen, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vertreter weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vertreter dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Auf Wunsch werden mir zusätzliche Informationen zur Datenübermittlung zugesandt. Die bisherigen Bedingungen und Vereinbarungen bleiben im übrigen weiterhin gültig. Ergänzungen hierzu werden ggf. bei der Beurkundung der Änderung ausgehändigt. Bei gleichzeitigem Antrag auf dynamische Erhöhung: Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich jährlich gemäß den „Besonderen Bedingungen für dynamische Versicherungen“. Eine Durchschrift des Änderungsantrages und das Merkblatt bei Beantragung einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit abweichender Dauer von der Hauptversicherung habe ich erhalten.

<b>Ort / Datum</b>	Unterschrift der zu versichernden Person, wenn diese den Antrag nicht selbst stellt.	<b>Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)</b>
<b>Unterschrift und Stempel des Vermittlers</b>	Unterschrift und Stempel des Abtretungsgläubigers, falls Vertrag abgetreten	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter oder des bisherigen Versicherungsnehmers (VN) bei Übertragung der VN Eigenschaft
<b>VEP-Nr.</b>		