

Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft in der Risikoversicherung

Versicherungsnummer/n

Bisheriger Versicherungsnehmer

Anrede: Frau Herr

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Postleitzahl:

Wohnort:

Firmensitz:

Staatsangehörigkeit:

Telefon*:

E-Mail-Adresse*:

Neuer Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer beantragt zum 01. 20
den Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft auf

Anrede: Frau Herr

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Anschrift:

Postleitzahl:

Wohnort:

Staatsangehörigkeit:

Telefon*:

E-Mail-Adresse*:

Wichtig!

Zwingend erforderlich:

Vollständige und gut leserliche Kopie eines gültigen Ausweisdokumentes des neuen Versicherungsnehmers!

Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge

Die Bezugsrechtsänderung gilt ab sofort ab . . 20

Bezugsberechtigt für den **Todesfall** der versicherten Person

Anrede: Frau Herr

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Eine ggf. vereinbarte vorgezogene Todesfall-Leistung erhält stets der Versicherungsnehmer.

Rechtsnachfolge: Ist der Versicherungsnehmer (VN) nicht zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes die versicherte Person, sofern diese bei Antragstellung volljährig ist, den Vertrag als neuer VN fortführen. Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit in Textform widerrufen werden.

Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person unterschiedliche Personen, ist bei einer Änderung des Bezugsrechts für den Todesfall die Unterschrift der versicherten Person erforderlich!

falls keine Eintragung: Neuer Versicherungsnehmer oder seine Erben

Hinweis:

* Wir kontaktieren Sie ausschließlich um Vertragsfragen zu klären. Diese Angaben sind freiwillig.

Legitimationsprüfung (Geldwäschegesetz)

Feststellung des wirtschaftlich Berechtigten

Handeln Sie auf eigene Veranlassung?

- Ja, der Abschluss des Versicherungsvertrages und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine eigene Veranlassung als Antragsteller. Ich wurde hierzu nicht von einem Dritten beauftragt.
- Nein, der Abschluss des Versicherungsvertrages und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung von:

Anrede: Frau Herr

Vor- und Nachname:

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl: Wohnort:

Staatsangehörigkeit:

Für die Identifizierung juristischer oder mehrerer abweichender wirtschaftlich berechtigter Personen ist zwingend das Zusatzformular „Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz“ (Formular-Nr. 8140) einzureichen.

Wichtig!

Zwingend erforderlich:

Vollständige und gut leserliche Kopie der gültigen Ausweisdokumente (Reisepass oder Personalausweis) des Antragstellers sowie der abweichenden wirtschaftlich Berechtigten

SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beiträge, die sich gegebenenfalls 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 Beiträge aus diesem Vertrag nutzen.

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-Identifikationsnr. DE95ZZZ0000053646

Mandatsreferenznummer - wird separat mitgeteilt.

Anrede: Frau Herr Geburtsdatum:

Kontoinhaber (Vorname, Name bzw. Firma):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl: Wohnort:

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 Betrages 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 Betrages informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts:

IBAN:

Datum



Unterschrift Kontoinhaber/in

und/oder der gesetzlichen Vertreter, z.B. bei Minderjährigen

Informationen zum Datenschutz

Datenschutzhinweise

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

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.

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die EUROPA 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.

I Weitergabe Ihrer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG

Für die Risiko- und Leistungsprüfung kann es notwendig sein, Ihre Daten an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG weiterzugeben. Dies geschieht regelmäßig auf gesetzlicher Grundlage, z.B. an Auftragsverarbeiter. In den nachfolgenden Fällen ist eine Einwilligung bzw. eine Schweigepflichtentbindung erforderlich.

I.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.europa.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 EUROPA 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 EUROPA Lebensversicherung AG dies tun dürfte.

I.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 EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf meine Daten von ihrer Schweigepflicht.

I.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 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 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 EUROPA 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 EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

I.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 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. 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 EUROPA 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 EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung (Fortsetzung)

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 EUROPA 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 mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Zu den Folgen von Streichungen in den Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen verweisen 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.

Weitere Informationen

Die Fragen dieses Antrags sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass das Unternehmen bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ganz oder teilweise verweigern kann.

Vertragsgrundlagen

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

Schlusserklärung und Unterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte lesen Sie die „Informationen zum Datenschutz“ auf Seite 2 und die „Weiteren Informationen“ auf Seite 4. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

<input type="text"/>	✘
Datum (ggf. mit Firmenstempel)	Unterschrift des bisherigen Versicherungsnehmers und/oder gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen
<input type="text"/>	✘
Datum (ggf. mit Firmenstempel)	Unterschrift des neuen Versicherungsnehmers und/oder gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen
<input type="text"/>	✘
Datum	Unterschrift der versicherten Person ab Alter 16 (wenn diese abweichend vom Versicherungsnehmer ist) und/oder gesetzlichen Vertreters, z.B. bei Minderjährigen
<input type="text"/>	✘
Datum	Unterschrift und Stempel des Gläubigers , falls Vertrag mit Rechten Dritter belastet ist (zum Beispiel: Abtretung, Verpfändung, Pfändung) oder der unwiderruflich bezugsberechtigten Person bei Vertragsänderungen, die den Leistungsumfang des Vertrags einschränken

Risikoträger

EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstraße 137
D-50931 Köln

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Alf N. Schlegel, Jürgen Wörner
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Heinz Jürgen Scholz

Sitz der Gesellschaft: Köln,
Handelsregister Amtsgericht Köln B 4330,
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE124906368