

Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft

Versicherungsnummer/n: _____

Versicherungsnehmer (Vorname und Nachname / Firmenbezeichnung)

Geburtsdatum

Geburtsort

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

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer / E-Mailadresse für Rückfragen ⁽¹⁾

Versicherte Person (Vorname und Nachname)
wenn vom Versicherungsnehmer abweichend

Geburtsdatum

Geburtsort

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Staatsangehörigkeit

Telefonnummer / E-Mailadresse für Rückfragen ⁽¹⁾

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 7 zu beachten.
Die Änderung ist nicht möglich bei Basis- und Riesterprodukten!

Ausweiskopie:

Legitimationsprüfung nach dem GwG ist erforderlich!

Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie des *neuen* Versicherungsnehmers beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Angemessenheits- und Geeignetheitsprüfung

Das Formular „Angemessenheits- und Geeignetheitsprüfung“ ist mit beizufügen.

Ausgenommen sind: Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Risiko-, Sterbegeld-, RiRup- und Riester-Verträge

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

Frau Herr Firma

Vorname und Nachname (ggf. abweichender Geburtsname) / Firmenname neuer Versicherungsnehmer

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

Telefonnummer / E-Mailadresse für Rückfragen ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Freiwillige Angaben zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Steuerliche Angaben (CRS / FATCA) – Nähere Informationen zu CRS / FATCA siehe Seite 7 bzw. Fragebogen für Rechtsträger

Ist der *neue* Versicherungsnehmer ausschließlich in Deutschland steuerlich ansässig?

ja

nein, in _____

Land/Länder der steuerlichen Ansässigkeit

Steuernummer(n) im Ausland

Jede Änderung der steuerlichen Ansässigkeit ist der EUROPA Lebensversicherung AG unverzüglich mitzuteilen. Ist der neue Versicherungsnehmer in den USA steuerpflichtig, ist das Beiblatt „Angaben zur Steuerpflicht in den USA (FATCA)“ beigefügt. Ist der neue Versicherungsnehmer ein Rechtsträger (z. B. juristische Person, nicht rechtsfähige Vereinigung): Der zusätzliche „Fragebogen für Rechtsträger (FATCA/CRS)“ ist immer beizufügen.

Persönliches Verhältnis (Verwandtschaftsverhältnis) zwischen dem bisherigen und dem neuen Versicherungsnehmer:

Es besteht folgendes Verwandtschaftsverhältnis zwischen bisherigem und neuem Versicherungsnehmer: _____

Es besteht *kein* Verwandtschaftsverhältnis zwischen bisherigem und neuem Versicherungsnehmer.

Der Wechsel der Versicherungsnehmereigenschaft erfolgt: Unentgeltlich Entgeltlich (Aufkauf; der Vertrag unterliegt dadurch der vollen Besteuerung.)

Änderung des Bezugsrechts

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 7 zu beachten.
Die Änderung wird nur und erst dann wirksam, wenn sie der EUROPA Lebensversicherung AG zugegangen ist.
Die Änderung ist nicht möglich bei Basisprodukten!
Wenn ein unwiderrufliches Bezugsrecht vereinbart wird, ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie der unwiderruflich bezugsberechtigten Person beizufügen!
Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Die Bezugsrechtsänderung gilt ab sofort ab _____ . _____ . 20_____

❖ Für den Erlebensfall der versicherten Person

- widerruflich unwiderruflich
 Herr Frau

Bitte beachten Sie: Alle Vertragsänderungen, die den Leistungsumfang des Vertrags einschränken sowie die Festlegung eines neuen Bezugsrechts können bei Festlegung eines unwiderruflichen Bezugsrechts nur noch mit Zustimmung der unwiderruflich bezugsberechtigten Person vorgenommen werden.

Vorname und Nachname _____ ggf. abweichender Geburtsname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Hausnummer _____ Postleitzahl / Wohnort _____

❖ Für den Todesfall der versicherten Person

- widerruflich unwiderruflich
 Herr Frau

Bitte beachten Sie: Alle Vertragsänderungen, die den Leistungsumfang des Vertrags einschränken sowie die Festlegung eines neuen Bezugsrechts können bei Festlegung eines unwiderruflichen Bezugsrechts nur noch mit Zustimmung der unwiderruflich bezugsberechtigten Person vorgenommen werden.

Vorname und Nachname _____ ggf. abweichender Geburtsname _____ Geburtsdatum _____
Straße / Hausnummer _____ Postleitzahl / Wohnort _____

❖ Sonstige Bestimmungen / Festlegungen zum Bezugsrecht:

Steuerliche Angaben (CRS / FATCA) bei Festlegung eines *unwiderruflichen* Bezugsrechts – Nähere Informationen zu CRS / FATCA siehe Seite 7

Ist die *unwiderruflich* bezugsberechtigte Person ausschließlich in Deutschland steuerlich ansässig?

ja

nein, in _____

Land/Länder der steuerlichen Ansässigkeit

Steuernummer(n) im Ausland _____

Jede Änderung der steuerlichen Ansässigkeit ist der EUROPA Lebensversicherung AG unverzüglich mitzuteilen. Ist die unwiderruflich bezugsberechtigte Person eine natürliche Person und in den USA steuerpflichtig, ist das Beiblatt „Angaben zur Steuerpflicht in den USA (FATCA)“ beigefügt. Ist die unwiderruflich bezugsberechtigte Person ein Rechtsträger (z. B. juristische Person, Personengesellschaft oder nicht rechtsfähige Vereinigung), ist das zusätzliche Formular „Fragebogen für Rechtsträger (FATCA/CRS)“ beigefügt.

Änderung der Rechtsnachfolge

Bei einer Beratung durch einen Vertriebspartner des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit ist der mit (*) gekennzeichnete Hinweis auf Seite 7 zu beachten.

Verstorbt der Versicherungsnehmer und ist dieser *nicht* zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes die versicherte Person - sofern diese *volljährig* ist - den Vertrag als neuer Versicherungsnehmer weiterführen. (Die Unterschrift der versicherten Person ist erforderlich.)

Verstorbt der Versicherungsnehmer und ist dieser *nicht* zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes der Vertrag auf folgende *volljährige* Person übergehen: (Die Unterschrift der benannten Person ist erforderlich.)

Herr Frau

Vorname und Nachname _____ ggf. abweichender Geburtsname _____
Straße / Hausnummer _____ Postleitzahl / Wohnort _____
Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Unterschrift der benannten Person _____

Die Rechtsnachfolge kann vom Versicherungsnehmer jederzeit in Textform widerrufen beziehungsweise geändert werden!

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.

Familien- und Vorname des Kontoinhabers / Firma des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

PLZ

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 Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tage 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

Ort und Datum

Unterschrift des Kontoinhabers und/oder der gesetzlichen Vertreter, zum Beispiel bei Minderjährigen

Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)

Es ist stets eine vollständige und gültige Ausweiskopie beizufügen! Die Ausweiskopie muss leserlich sein.

Der neue Versicherungsnehmer ist:

- eine natürliche Person
- eine juristische Person → bitte immer Formular "Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz" 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 abweichende Person
- eine sonstige natürliche Person
(z. B. VP bei bAV)
- der Abtretungsgläubiger (Zessionar) bzw. die nachstehende juristische Person (Unternehmen / Personengesellschaft)
Hinweis: Handelt es sich um ein Geldinstitut außerhalb der EU, verwenden Sie bitten das Formular "Legitimationsprüfung nach dem Geldwäschegesetz" (#3395)
- _____
- Vor- und Familienname _____ ggf. abweichender Geburtsname _____
- _____
- Straße / Hausnummer _____
- _____
- Postleitzahl / Wohnort _____
- _____
- Geburtsdatum _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

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 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 Versicherungsnehmer letztlich steht oder die natürliche Person, auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt oder eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Sind mehrere Personen wirtschaftlich berechtigt, müssen alle angegeben werden.

Zusätzliche Fragen an den Antragsteller, den wirtschaftlich Berechtigten und die abweichend auftretende Person (falls mehrere bitte einzeln beantworten)

Üben oder üben Sie ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene aus, wie zum Beispiel als Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen, wie Obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungsorganen staatlicher Unternehmen oder sind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte? ja *) nein

Sind Sie Familienmitglied einer dieser Personen oder sind Sie ihr nahestehend? ja *) nein

*) Falls ja, welches Mandat oder Amt üben / üben Sie aus bzw. welche Art war / ist Ihre Beziehung zum Mandats- oder Amtsträger?

Mandat / Amt bzw. welcher Art war / ist die Beziehung zum Mandats- oder Amtsträger?

_____ / _____

Ausgeübt von / bis

A) Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir, die EUROPA Lebensversicherung AG, Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, ggf. an andere Stellen, z. B. an Adressermittler, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags bei uns unentbehrlich. Geben Sie Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Sie haben auch die Möglichkeit, Ihre Einwilligung während der Vertragslaufzeit für die Zukunft zu widerrufen, soweit sich der Widerruf nicht auf Einwilligungen bezieht, die für die Durchführung und Beendigung des Versicherungsvertrages unentbehrlich sind. Ob und inwieweit ein Widerruf eine für die Zukunft wirkende Bedeutung erlangt und von uns berücksichtigt werden kann, erläutern wir Ihnen zur jeweiligen Erklärung.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der EUROPA Lebensversicherung AG
Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Continentale Versicherungsverbandes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die Liste ist in den Datenschutzhinweisen bei Abschluss des Versicherungsvertrags (siehe Allgemeine Vertragsinformationen) angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.europa.de/dienstleisterliste eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste entsprechend durch ein *) gekennzeichneten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Geben Sie uns Ihre Einwilligung zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung 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. Ein sonstiger Widerruf kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der EUROPA Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

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 Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Geben Sie und Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an Rückversicherungen zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrags kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und die weitere Durchführung des Versicherungsvertrags unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für die EUROPA Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Geben Sie uns für den Fall des Vertragsabschlusses über einen Vermittler Ihre Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Vermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Versicherungsvertrags nicht möglich. Ein Widerruf nach Begründung des Versicherungsvertrags führt zur Beendigung Ihres aktuellen Betreuungsverhältnisses und Ihre Daten werden nicht mehr an diesen Vermittler weitergegeben.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der EUROPA Lebensversicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

4. Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler nach Ende ihrer Betreuung
Im Laufe eines Versicherungsvertrages 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 Vermittlervertrages 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 Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrages übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvermittler zu erfüllen.

Geben Sie uns die Einwilligung zur Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvermittler zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, ist der Abschluss des Vertrags nicht möglich. Ein Widerruf Nach Abschluss des Versicherungsvertrags kann von uns nicht berücksichtigt werden, da ein solcher Widerruf treuwidrig ist und unsere vertragliche Verpflichtung gegenüber dem Abschlussvermittler unmöglich macht.

Ich willige ein, dass die EUROPA Lebensversicherung AG an Abschlussvermittler auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrages noch Daten über Veränderungen des Vertrages, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt, und diese dort erhoben und gespeichert werden dürfen.

5. Abfrage bei Auskunfteien und Einwilligung in die Bonitätsprüfung

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt. Geben Sie Ihre Einwilligung hierzu zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige jederzeit widerruflich ein, dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) bei der Antragsprüfung genutzt werden, um Bonitätsprüfungen bei der infocore Consumer Data GmbH durchzuführen. Zu diesem Zweck befreie ich jederzeit widerruflich die EUROPA Lebensversicherung AG bezüglich der nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsprüfung benötigen wir die Angaben 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.

Dienstleister und Auftragnehmer der EUROPA Lebensversicherung AG (Stand 01/2018)

Liste der Dienstleister der EUROPA Lebensversicherung AG, die personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten im Auftrag erheben und verarbeiten und/oder im Wege der Funktionsübertragung übermittelt bekommen können. Die Liste beinhaltet auch die mit *) gekennzeichneten Stellen, für die wir nach Ziffer 1 der Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen.

Die folgende Liste nennt mögliche Dienstleister und Auftragnehmer der EUROPA Lebensversicherung AG. Das bedeutet, dass für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung im Einzelfall geprüft wird, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Keinesfalls erfolgt eine automatische Datenübermittlung an jeden, der in der Liste genannt ist. Die Liste wird laufend aktualisiert und ist im Internet unter www.europa.de/dienstleisterliste einsehbar.

Auftragnehmer, Kooperationspartner Einzelne Stellen	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Continentale Krankenversicherung a. G.	Rechenzentrum, Rechnungswesen, Statistik, Inkasso, Exkasso, Forderungseinzug, Recht, Kommunikation, Revision, Betriebsorganisation, Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung, Empfang / Telefonservice; Postservice inkl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistung; zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Continentale Versicherung AG	Beschwerdebearbeitung, Qualitätsmanagement, Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung; zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Europa Versicherung AG	Empfang / Telefonservice; Postservice inkl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost; zentrale Datenverarbeitung	Ja, teilweise
Continentale Assekuranz Service Österreich, 1010 Wien	Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)	Ja, teilweise
CRIF Bürgel GmbH	Datenerhebung zur Bonitätsprüfung (nur bei Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz in Österreich)	Nein
Deutsche Post Adress GmbH & Co.KG*)	Adressaktualisierung	Nein
informa HIS GmbH	Datenaustausch über das Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Risiko- und Leistungsfalleinschätzung	Nein
Infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden	Datenerhebung zur Bonitätsprüfung	Nein
Lab4web.net	Web-Entwicklung	Ja, teilweise
Medicals Direct Deutschland GmbH	Datenerhebung über Gesundheitszustand für die Risikoprüfung, Unterstützung vor Ort beim Leistungsantrag	Ja
Pro Claims Solutions GmbH	Leistungsprüfung	Ja
Auftragnehmer, Kooperationspartner Kategorien	Übertragene Aufgaben, Funktionen	Gesundheitsdaten
Adressermittler*)	Adressprüfung	Nein
Auskunfteien*)	Bonitätsprüfung	Nein
Gutachter und Sachverständige (z. B. Ärzte)	Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen	Ja
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten; Aktenentsorgung	Ja, teilweise
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen	Nein
Marktforschungsunternehmen*)	Marktforschung	Nein
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung	Ja
Vermittler	Angebotsstellung, Antrags- und Risikoprüfung; Postservice inkl. Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung; Leistungsbearbeitung	Ja, teilweise

B) Informationen zum Datenschutz

Datenschutzhinweis bei Abschluss des Vertrags

Sie finden 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.

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 EUROPA 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.

(* Hinweis für Vermittler des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit:

Dem Änderungsantrag ist ein vollständig ausgefülltes "Beiblatt zur Beratung" beizufügen (ausgenommen sind Versicherungsmakler).

Garantierte versicherte Leistung

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

Schlussklärung und Unterschrift

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Bitte lesen Sie auch die Informationen im Abschnitt B) auf Seite 7.

Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die Erklärungen sowie die Datenschutzhinweise bei Abschluss / Änderung des Versicherungsvertrages zum Inhalt des Antrags.

Ort / Datum	Unterschrift des <i>bisherigen</i> 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)
	x	x
Unterschrift und Stempel des Vermittlers (* Bitte Hinweis zum "Beiblatt zur Beratung" beachten)	Unterschrift des <i>neuen</i> Versicherungsnehmers (ggf. mit Firmenstempel) oder der gesetzlichen Vertreter (zum Beispiel bei Minderjährigen)	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
x VEP-Nummer:	x	x

Risikoträger

EUROPA Lebensversicherung AG
Piusstr. 137, 50931 Köln

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Lutz Duvernell