

# Antrag

---

- BU PROTECT
- BU PROTECT young
- BU PROTECT Bundeswehr

die Bayerische  
Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München  
diebayerische.de

BY die Bayerische Vorsorge Lebensversicherung a.G.  
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Alexander Hemmelrath;  
Vorstand: Dr. Herbert Schneidemann (Vorsitzender), Martin Gräfer, Thomas Heigl.  
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 262

## Inhalt

Inhaltsübersicht	Erläuterungen / vollständige Erklärungen unter Punkt ...
1 Antragsteller/-in / Versicherungsnehmer/-in	-
2 Zu versichernde Person	-
3 Hauptversicherung	-
4 Dynamik	-
5 Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person	-
6 Empfänger der Versicherungsleistungen	-
7 Besondere Vereinbarungen	-
8 Maklermandat	-
9 SEPA-Lastschriftmandat	-
10 Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme	-
11 Bestätigung zu den Informationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	-
12 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung	C Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung
13 Schlusserklärung, Zahlungen an Vermittler, Hinweis und Unterschriften	C Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung D Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person
14 Bestätigung des Vermittlers	-
15 Interne Vermerke	-
Erläuterungen	-
Schweigepflichtentbindungserklärung und Schlusserklärungen	-
Zusätzliche Erklärung Berufsangaben, Einkommen und Versorgung	-
DSGVO Information für Kunden der Bayerischen	-

Antrag  BU PROTECT  BU PROTECT young  BU PROTECT Bundeswehr

**1 Antragsteller/-in / Versicherungsnehmer/-in**
 Herr  Frau Familienstand  ledig  verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft

Vorname/Titel/Firmenname	Name	Geburtsdatum	*freiwillige Angaben
Straße/Hausnummer	1. Staatsangehörigkeit		2. Staatsangehörigkeit
PLZ	Wohnort	Geburtsland	Geburtsort
Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma, Schulform)		Steuer-Identifikations-Nr.*	
<b>Berufsstatus</b> <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin auf Lebenszeit <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin auf Probe <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> leitende/r Angestellte/r <input type="checkbox"/> Arbeiter/in im öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> Angestellte/r im öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin auf Widerruf <input type="checkbox"/> Selbständige/r, Freiberufler/in <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Sonstige		Telefon privat*	
		Telefon mobil*      Telefon geschäftlich*	
E-Mail Adresse*			

**2 Zu versichernde Person** (bitte nur ausfüllen, wenn die zu versichernde Person nicht mit dem Versicherungsnehmer übereinstimmt)

 Herr  Frau Familienstand  ledig  verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft

Vorname/Titel	Name	Geburtsdatum	
Straße/Hausnummer	1. Staatsangehörigkeit		2. Staatsangehörigkeit
PLZ	Wohnort		
Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma, Schulform)			
<b>Berufsstatus</b> <input type="checkbox"/> Arbeiter/in <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin auf Probe <input type="checkbox"/> Selbständige/r, Freiberufler/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin auf Widerruf <input type="checkbox"/> Arbeiter/in im öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> leitende/r Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin auf Lebenszeit <input type="checkbox"/> Angestellte/r im öffentl. Dienst <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Sonstige			

## Tarifauswahl der BY die Bayerische Vorsorge Lebensversicherung a.G.

- BU PROTECT: Berufsunfähigkeitsversicherung mit erweiterten Leistungen  
 BU PROTECT young: Berufsunfähigkeitsversicherung mit erweiterten Leistungen und reduziertem Anfangsbeitrag  
 BU PROTECT Bundeswehr: Berufsunfähigkeitsversicherung mit erweiterten Leistungen für Berufs- und Zeitsoldaten

### 3 Hauptversicherung

	Kollektivrahmenvertrags-Nummer		Tarifkennziffer	
<b>Versicherungsbeginn</b>		abweichende Sonderrechnungsart (Unterlagen sind beigelegt)		Berufsklasse
0   1				
Endalter/ Jahre	oder	Versicherungsdauer/ Jahre	oder	Enddatum Versicherungsdauer
Leistungsdauer/Jahre ab Versicherungsbeginn	oder	Enddatum Leistungsdauer		garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall
				% max. 3%
				Versicherte monatl. Rente EUR

### Optionen

- AU-Schutz  
 Prestige-Schutz (nur bei BU PROTECT und BU PROTECT young)  
 Teildienstunfähigkeit\* (nur bei BU PROTECT und BU PROTECT young)  
 Dienstanfängerbonus\*\* (nur bei BU PROTECT)  
 besondere Dienstunfähigkeitsklausel\*\*\* (nur bei BU PROTECT und BU PROTECT young)

\* Nur für Beamte    \*\* Nur für Beamte und Lehramtsstudenten    \*\*\* Nur für Beamte im Polizei-, Justiz-, Zollvollzugsdienst und feuerwehrtechnischen Dienst mit besonderen gesundheitlichen Anforderungen.

### Zusatzversicherung

- Pflegezusatzversicherung: lebenslange Rente im Pflegefall

### Beitragszahlung

- monatlich     1/4-jährlich     1/2-jährlich     jährlich

Zahlungsdauer/  
Jahre | | |    oder    Enddatum  
Zahlungsdauer | | | | | | | |

**Überschussverwendung:**  
Sofortverrechnung mit Beiträgen

Abweichend davon kann gewählt werden:  
verzinsliche Ansammlung

**Beitrag\*\***  
EUR | | |

**Nettobeitrag nach Sofortverrechnung\***  
EUR | | |

\* Die Höhe der verrechneten Überschüsse kann nicht für die gesamte Laufzeit der Versicherung garantiert werden.  
 \*\*BU PROTECT young: Startbeitrag zu Versicherungsbeginn. Bei der BU PROTECT young erhöht sich der Beitrag von 40% des Zielbeitrags im 6. Versicherungsjahr auf 70% des Zielbeitrags und im 11. Versicherungsjahr auf den Zielbeitrag.

### 4 Dynamik

| 2 | 3 | 4 | 5 | %

- Der Beitrag erhöht sich jährlich um einen gleichbleibenden Satz von: (wenn keine Auswahl getroffen wird, gilt die Dynamik als nicht vereinbart)

Für BU PROTECT young gilt: die dynamische Erhöhung erfolgt erstmals zu Beginn des 12. Versicherungsjahres.

## 5 Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. - Auf die gesonderte Mitteilung gem. § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht weisen wir ausdrücklich hin. -

Die in den Fragen aufgeführten Gesundheitsstörungen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbeurteilungen umfassen.

Die zu versichernde Person willigt im Rahmen von Verträgen zur betrieblichen Altersversorgung (Direktversicherungen, Pensionskassen, Rückdeckungsversicherungen) ein, dass Gründe für Ausschlüsse dem Arbeitgeber (Versicherungsnehmer bzw. Trägerunternehmen) gegenüber mit dem Vertragsangebot zur Annahme mit Erschwerung und dem Versicherungsschein bekanntgegeben werden dürfen.

Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig. Wir verlangen weder solche Untersuchungen und Analysen noch verwenden wir deren Ergebnisse oder Daten. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Dies gilt nicht bei einem Antrag auf eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR. In diesem Fall müssen Sie uns auch die Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen mitteilen, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären. Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen. Dabei ist unerheblich, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Es hat bereits eine Risikoprüfung durch die Bayerische stattgefunden (wenn nichts angekreuzt ist, gehen wir davon aus, dass keine Risikoprüfung vorgenommen wurde).

Ticketnummer aus Risikovorfrage:

### I. Einkommen und Versorgung

Nein Ja Ergänzende Angaben

1. a) Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (bzw. waren Ihre Bruttobezüge) im letzten Kalenderjahr vor Antragsstellung?  €

b) Haben sich im laufenden Jahr Veränderungen ergeben?    €

#### Für Selbständige/Freiberufler:

c) Wie hoch war Ihr Gewinn vor Steuern in den letzten 3 Jahren vor Antragsstellung?

Jahr \_\_\_\_\_:  €

Jahr \_\_\_\_\_:  €

Jahr \_\_\_\_\_:  €

#### Für Beamte/Soldaten:

d) Bitte geben Sie Ihre aktuelle Besoldungsgruppe an: \_\_\_\_\_

e) Wie ist Ihr Beschäftigungsverhältnis?  Vollzeit  Teilzeit

f) Wie hoch ist Ihr Beschäftigungsgrad?  unter 75 %  mindestens 75 %

**Wichtiger Hinweis:** Für monatliche Renten ab 2.501 EUR benötigen wir die dem Antrag bereits beiliegende „Zusätzliche Erklärung Berufsangaben, Einkommen und Versorgung“. Bitte entsprechend ausgefüllt und unterschrieben den Antragsunterlagen beifügen. Ab einer Monatsrente von 3.001 EUR reichen Sie bitte zusätzlich Einkommensnachweise der letzten drei Jahre von unabhängiger Stelle (z.B. Steuerberater) ein.

2. Besteht bei der Bayerischen oder einem anderen Unternehmen bzw. Einrichtung bereits eine Grundfähigkeiten-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder sonstige Arbeitsunfähigkeits-(Zusatz-) Versicherung (z. B. betriebliche oder private Absicherung) oder Ansprüche aus einer berufsständischen Versorgung?

Wenn ja, bitte Tabelle benutzen.

Art	Rente (in EUR)	Zahlungsweise Rente	Gesellschaft	Ablauf	Kündigung bei Neuannahme des Neuantrages
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### II. Berufliche Tätigkeit

Nein Ja Ergänzende Angaben

1. Wie hoch ist der Anteil

a) der Bürotätigkeit?  bis zu 75%  mehr als 75%

b) der körperlichen Tätigkeit?  bis zu 25%  mehr als 25%

2. Für wieviele Mitarbeiter sind Sie verantwortlich?

3. Welche Ausbildung haben Sie erfolgreich abgeschlossen? (höchste Ausbildung)

Studium (z. B. Bachelor, Master, Diplom, Uni- oder Fachhochschulabschluss)

abgeschlossene Weiterbildung (z. B. Meisterprüfung, Techniker Ausbildung, Fachwirt)

abgeschlossene Berufsausbildung (z. B. IHK-, Innungs-, Fachschulabschluss)

keine

4. Wie ist die genaue Bezeichnung des Studiums, der abgeschlossenen Weiterbildung oder der abgeschlossenen Berufsausbildung zu Frage II.3?

### III. Allgemeine Fragen

Nein Ja Ergänzende Angaben

1. Üben Sie eine berufliche Tätigkeit außerhalb Europas aus oder ist in den nächsten 12 Monaten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit außerhalb Europas geplant oder beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen?

(Bitte ggf. Zusatzklärung Auslandsreise einreichen.)

## Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

	Nein ▼	Ja ▼	Ergänzende Angaben
<b>2. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt</b>			
a. Im Beruf (z.B. Umgang mit explosiven, radioaktiven und/oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Aufenthalt in Krisengebieten, Arbeiten in großer Höhe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. In der Freizeit (z.B. Teilnahme an Wettbewerben, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Fallschirmspringen, Drachen- oder Gleitschirmfliegen, sonstige Flugaktivitäten, Kampfsport- oder Extremsportarten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin durch <b>Rauchen oder Inhalieren</b> aufgenommen (Rauchen meint sowohl das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer, als auch die Nutzung elektronischer Rauchgeräte, bei denen es zu einer Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Dampf, z. B. e-Zigaretten, e-Zigarren oder e-Pfeifen kommt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Körpergröße in cm <input type="text"/> Gewicht in kg <input type="text"/>			

### IV. Allgemeine Gesundheitsfragen (Abfragezeitraum 5 Jahre)

	Nein ▼	Ja ▼	Ergänzende Angaben	Erkrankungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses
<b>1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten oder Beschwerden</b>				
a) der <b>Wirbelsäule oder der Bandscheiben</b> (z.B. Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias oder ärztlich behandelte Nacken-, Rückenbeschwerden oder ärztlich behandelte muskuläre Verspannungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b) der <b>Knochen oder Gelenke, Bänder und Sehnen</b> (z.B. Arthrose, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung, Verlust von Gliedmaßen und sonstige Anomalien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c) der <b>Psyche</b> (z.B. Angst-/Anpassungsstörung, Depression, Neurose, Essstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS, ADHS), Schmerzsyndrom, Schlaflosigkeit, akute Belastungsreaktion, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d) des <b>Herzens oder des Kreislaufs</b> (z.B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Verkalkung der Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
e) der <b>Atmungsorgane</b> (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, allergische Atembeschwerden, Lungenentzündung, Zwerchfellbeschwerden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
f) an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber</b> (z.B. Magengeschwür, chronische Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
g) an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> (z.B. Nierenentzündungen, Steinleiden, Einnierigkeit, Blut- oder Eiweißausscheidungen, chronische Nierenschädigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
h) des <b>Stoffwechsels</b> (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i) durch <b>Blut- oder Tumorerkrankungen</b> (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j) durch <b>entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen</b> (z. B. Rheumatismus, akute oder chronische Arthritis, Morbus Bechterew)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
k) durch akute oder <b>chronische Infektionskrankheiten</b> (z.B. COVID-19, HIV, Tuberkulose, Borreliose, Malaria und sonstige Tropenkrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
l) des <b>Nervensystems oder des Gehirns</b> (z.B. Epilepsie, Migräne, multiple Sklerose, Rückenmark, Alzheimer, Parkinson, Demenz, Muskelatrophie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
m) der <b>Haut, Allergien</b> (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, (Kontakt-) Ekzem, Heuschnupfen, berufsbedingte Atemwegserkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
n) der <b>Augen</b> und/oder der <b>Ohren</b> (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als -8,0/8,0 Dioptrien – bei Laser-Sehkorrektur: Angabe der Dioptrien vor der Operation, Sehstörung, erhöhter Augendruck, verminderte Sehschärfe, Makuladegeneration, Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### V. Ergänzende Fragen

	Nein ▼	Ja ▼	Ergänzende Angaben	Erkrankungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses
1. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 14 Tagen <b>Medikamente</b> ein? Welche, in welchen Abständen und in welcher Dosierung? (nicht anzugeben sind Verhütungsmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von <b>Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen</b> beraten und/oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

3. Beziehen oder bezogen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente/ Pension, ist eine Rente beantragt oder eine Pensionierung eingeleitet oder wurde ein Grad der Behinderung (GdB), Erwerbsminderung (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) zuerkannt oder wurde in den letzten 5 Jahren ein entsprechender Antrag gestellt? (Bitte ggf. Bescheid beifügen.)

 

Nein



Ja



**Ergänzende Angaben** Erkrankungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses

4. Werden Sie gegenwärtig oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnast, Physiotherapeut) beraten, untersucht oder behandelt? (Ausgenommen: akute Erkältungskrankheiten, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/komplikationsfreie Geburt)

 

5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, beraten oder behandelt oder sind solche innerhalb des nächsten Jahres ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten, sowie altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen mit unauffälligem Befund, Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, Mandeln oder der Nasenscheidewand gemacht werden)

 

6. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihren Gesundheitszustand am besten informiert (Name und Anschrift)?

Name und Anschrift

### VI. Risikozuschläge

Medizinischer Zuschlag:  % Nichtmedizinischer Zuschlag:  %

### Ergänzende Angaben

Ein gesondertes Blatt ist beigefügt:  Nein  Ja





## 11 Bestätigung zu den Informationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Informationspaket bestehend aus dem Produktinformationsblatt, dem Angebot sowie den Informationen zum Versicherungsangebot, einschließlich der dort genannten Versicherungsbedingungen, vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

### Vorvertragliche Anzeigepflicht gemäß § 19 Absatz 5 VVG

Die gesonderte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht wurde mir vor Beantwortung der Antragsfragen ausgehändigt.

Datum

Unterschrift des **Antragstellers** und der gesetzlichen Vertreter/  
des Alleinvertretungsberechtigten bei Minderjährigen



## 12 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Bitte auch Erläuterungen unter Punkt **C** Hinweise beachten)

- Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch unser Unternehmen
- Einwilligung in die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
  - Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
    - Möglichkeit I: Pauschaleinwilligung mit Unterrichtungspflicht**
    - Möglichkeit II: Einzelfalleinwilligung**
  - Erklärungen für den Fall Ihres Todes
    - Möglichkeit I: Pauschaleinwilligung mit Unterrichtungspflicht**
    - Möglichkeit II: Einzelfalleinwilligung**
- Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (medizinische Begutachtung, Dienstleister, Rückversicherer, Vermittler)
- Einwilligung in die Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Die ganze Erklärung finden Sie zu Ihrer Information am Ende des Antragformulars bei den Erläuterungen abgedruckt.

## 13 Schlusserklärung, Zahlungen an Vermittler, Hinweis und Unterschriften

**Schlusserklärung** Die Erläuterungen, die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person unter Punkt **D** sowie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung unter Punkt **C** habe ich gelesen. Die Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sie Inhalt dieses Antrages sind.

**Zahlungen an Vermittler** Der Versicherungsvermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die Sie im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss des Versicherungsvertrages an ihn leisten, für den Versicherer anzunehmen. Zahlungen an den Versicherungsvermittler entfalten keinerlei Wirkungen gegenüber dem Versicherer.

**Hinweis** Bitte prüfen Sie vor Unterzeichnung, ob Ihre Angaben zu den Gesundheitsfragen vollständig und richtig erfasst sind. Unvollständige und unrichtige Angaben können Ihren Versicherungsschutz gefährden.

**Unterschriften** Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

Datum

Unterschrift des **Antragstellers** und der gesetzlichen Vertreter/  
des Alleinvertretungsberechtigten bei Minderjährigen



Unterschrift der zu **versichernden Person**, wenn nicht identisch mit Antragsteller  
(Minderjährige müssen zwingend ab dem 15. Lebensjahr unterschreiben)



## 14 Bestätigung des Vermittlers

Die Antragsangaben wurden in meiner Gegenwart erfasst und entsprechen der Richtigkeit.  
Ich bestätige, dass der Kunde zum Zielmarkt des Produktes gehört.

### Vermittlerdaten

Abschlussvermittler 1

Anteil AV1 in %

Abschlussvermittler 2

Kooperationspartner

Unterschrift des **Vermittlers**



## 15 Interne Vermerke

## Erläuterungen

### A Zuständiger Versicherer

BY die Bayerische Vorsorge Lebensversicherung a.G.

### B Wechsel des Versicherers

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

## Schweigepflichtentbindungserklärung und Schlusserklärungen

### C Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die BY die Bayerische Vorsorge Lebensversicherung a.G., daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. unseren konzernangehörigen IT-Dienstleister Bayerische IT GmbH weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.)
- und wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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.

#### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch unser Unternehmen

- Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

#### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

##### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Vorne im Antrag unter Nr. 14 haben Sie die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten. Treffen Sie keine Entscheidung, merken wir die Möglichkeit II vor.

#### Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass der Versicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an den Versicherer übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch den Versicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch den Versicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die vorgenannten Unternehmen einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

#### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für unser Unternehmen konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Vorne im Antrag unter Nr. 14 haben Sie die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten. Treffen Sie keine Entscheidung, merken wir die Möglichkeit II vor.

#### Möglichkeit I:

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

#### Möglichkeit II:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

#### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

##### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

■ Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Bayerischen oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch (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 Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Die aktuelle Liste finden Sie auf der Seite der Bayerischen ([www.diebayerische.de](http://www.diebayerische.de)) unter Datenschutz oder kann bei der Bayerischen (Service-Center, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München, Tel.: 089/ 6787-0, [info@diebayerische.de](mailto:info@diebayerische.de)) angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

■ Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Bayerischen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3. 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 Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

■ Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder 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 (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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 von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsmakler für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Makler ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

■ Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und Dienstleister von Versicherungsmaklern übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

■ Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken gespeichert und nutzt.

## D Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

### Bedeutung der Antragsangaben

Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie die Antragsfragen richtig und vollständig beantwortet haben.

Ich weiß, dass ich bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben meinen Versicherungsschutz gefährde, da der Versicherer vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen kann.

### Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist

Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist beginnen kann.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. - Auf die gesonderte Mitteilung gem. § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht weisen wir ausdrücklich hin. - Die in den Fragen aufgeführten Gesundheitsstörungen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbeispiele umfassen.

## 1 Zu versichernde Person

Name/Vorname/Titel/Firmenname

Geburtsdatum

Beruf

Versicherungsnummer

Ab monatlichen Renten von 2.501 EUR, bei undifferenzierten Berufen (wie z.B. kaufmännischer Angestellter, Geschäftsführer, etc.) oder wenn sich im Angebot im Abschnitt Vertragsmerkmale ein entsprechender Hinweis befindet zwingend erforderlich.

## 2 Fragen

### 1. Welche berufliche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

- Keine Ausbildung
- Studium Fachrichtung/Abschluss als \_\_\_\_\_
- Kaufmännische Ausbildung / Lehre Abschluss als \_\_\_\_\_
- Handwerkliche / technische Ausbildung Abschluss als \_\_\_\_\_
- Landwirtschaftliche Ausbildung Abschluss als \_\_\_\_\_
- Sonstige Ausbildung Welche? \_\_\_\_\_

### 2. Welchen beruflichen Status haben Sie?

- Festangestellt seit \_\_\_\_\_ Monat/Jahr
- Auf Zeit angestellt von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Monat/Jahr
- Arbeiter / Arbeiterin seit \_\_\_\_\_ Monat/Jahr
- Beamter / Beamtin
  - auf Probe  auf Widerruf  auf Lebenszeit
  - Besoldungsgruppe \_\_\_\_\_  Vollzeit \_\_\_\_\_  Teilzeit \_\_\_\_\_ (in %)
- Schulform und Unterrichtsfächer (gilt für Lehrerinnen) \_\_\_\_\_
- Angestellte/er im öffentlichen Dienst \_\_\_\_\_
- Schüler/in (bitte Angabe der Schulart die besucht wird) \_\_\_\_\_
- Student/in (bitte Angabe der Studienfächer) \_\_\_\_\_
- Freiberuflich / selbständig seit \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Anzahl der festen Mitarbeiter:  Vollzeit \_\_\_\_\_  Teilzeit \_\_\_\_\_

### 3. Welche Tätigkeit führen Sie bei Ihrer Berufsausübung im Einzelnen aus?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Wie hoch sind die %-Anteile der nachfolgend genannten Tätigkeiten an Ihrer Gesamttätigkeit?

- Bürotätigkeit \_\_\_\_\_ %  Körperliche / manuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_ %  Aufsichtsführende Tätigkeit \_\_\_\_\_ %
- Reisetätigkeit \_\_\_\_\_ %  Künstlerische Tätigkeit \_\_\_\_\_ %  Sonstige Tätigkeit - Welche? \_\_\_\_\_ %

### 4. Name, Anschrift und Branche des Unternehmens?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Wie viele Mitarbeiter/innen hat Ihr Unternehmen?

\_\_\_\_\_

6. Für wie viele Mitarbeiter/innen haben Sie Personalverantwortung?

\_\_\_\_\_

7. Ist Ihre Berufstätigkeit mit außereuropäischen Auslandsaufenthalten verbunden?

Nein

Ja Bitte Angaben zu Land, Ort, Dauer, Häufigkeit \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Üben Sie eine nebenberufliche Tätigkeit aus?

Nein

Ja Std. / Woche \_\_\_\_\_ Einkommen / pro Monat \_\_\_\_\_ EUR

Berufsbezeichnung \_\_\_\_\_

Festangestellt seit \_\_\_\_\_ Monat/Jahr

Freiberuflich / selbständig seit \_\_\_\_\_ Monat/Jahr

Anzahl der festen Mitarbeiter  Vollzeit \_\_\_\_\_  Teilzeit \_\_\_\_\_

Welche Tätigkeit führen Sie im einzelnen aus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3 Einkommen und Versorgung

1. Wie hoch belief sich Ihr Nettoeinkommen in den letzten 3 Jahren?

Lfd. Jahr voraussichtlich: \_\_\_\_\_ EUR 20\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR 20\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR 20\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR

2. Wie hoch belief sich Ihr Bruttoeinkommen in den letzten 3 Jahren?

Lfd. Jahr voraussichtlich: \_\_\_\_\_ EUR 20\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR 20\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR 20\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ EUR

3. Verfügen Sie aus Erwerbstätigkeit über weitere Einkommen?

Ja Aus Kapitalanlagen \_\_\_\_\_ EUR  Nein

Aus Vermietung/Verpachtung \_\_\_\_\_ EUR

Sonstige Einkünfte \_\_\_\_\_ EUR

4. Haben Sie bei Berufsunfähigkeit und/oder Grundfähigkeit Rentenleistungen zu erwarten?

aus der Sozialversicherung  Ja  Nein

Betriebliche Altersversorgung  Ja  Nein \_\_\_\_\_ EUR

Berufsständische Versorgung  Ja  Nein \_\_\_\_\_ EUR

Private BU-Versicherungen  Ja  Nein \_\_\_\_\_ EUR

Insgesamt jährlich ca. \_\_\_\_\_ EUR

Bitte reichen Sie uns Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, unverzüglich und schriftlich nach. Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

Zusätzliche Angaben sind beigelegt

Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Es folgen noch Angaben; Anzahl Extrablätter: \_\_\_\_\_

3 Schlusserklärung

Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG gelesen zu haben. Alle mir dazu gestellten Fragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und nichts verschwiegen. Ich bin darüber informiert, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können. Die Angaben in diesem Fragebogen sind Bestandteil meines Versicherungsvertrages.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_ X  
Unterschrift der zu versichernden Person, (falls nicht Versicherungsnehmer) \_\_\_\_\_ X  
Unterschrift(en) gesetzliche Vertreter \_\_\_\_\_ X

## DSGVO Information für Kunden der Bayerischen

(Stand 04/2024)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die BL die Bayerische Lebensversicherung AG / BY die Bayerische Vorsorge Lebensversicherung a.G. / BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG (den jeweiligen Vertragspartner entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Den jeweils Verantwortlichen entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen:

BL die Bayerische Lebensversicherung AG;  
BY die Bayerische Vorsorge Lebensversicherung a.G.;  
BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG  
Thomas-Dehler-Str. 25  
81737 München  
Tel. 089 / 6787-0  
Fax 089 / 6787-9150  
E-Mail [info@diebayerische.de](mailto:info@diebayerische.de)

Unsere Datenschutzbeauftragte erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: [datenschutz@diebayerische.de](mailto:datenschutz@diebayerische.de)

### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter <https://www.diebayerische.de/code-of-conduct> abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

### Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Versicherungsgesellschaft der Bayerischen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich

lich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Gruppe die Bayerische und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schaden-daten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Unter anderem ist die General Reinsurance AG für uns als Rückversicherer tätig. Nähere Informationen stellt Ihnen diese hier zur Verfügung: <https://de.genre.com/aboutus/privacy-at-genre#euprivacyf> Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Im Bereich der Krankenzusatzversicherung ist die E+S Rückversicherung AG für uns als Rückversicherer tätig. Nähere Informationen stellt Ihnen diese hier zur Verfügung: <https://www.es-rueck.de/datenschutz-es>

Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

#### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie

betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

#### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste <https://www.diebayerische.de/dienstleisterliste> finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

#### Externe Dienstleister/Vertragspartner:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.diebayerische.de/dienstleisterliste>

Personenbezogene Daten übermitteln wir auch an Vertragspartner (z. B. Tippgeber) zu Zwecken der Abrechnung und Vergütung.

#### Schadenregulierung in der Rechtsschutzversicherung:

In der Rechtsschutzversicherung übermittelt die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG Ihre Daten zum Zweck der Schadenregulierung an die Jurpartner Services GmbH als ihr Schadenabwicklungsunternehmen nach § 164 VAG. Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1b) und f) DSGVO. Übermittlungen auf Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen des Unternehmens erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur Jurpartner Services GmbH und den Einzelheiten der Datenverarbeitung finden Sie unter: [https://www.roland-rechtsschutz.de/media/roland-rechtsschutz/pdf-rr/080-datenschutz/20200430\\_jps\\_informationsblatt.pdf](https://www.roland-rechtsschutz.de/media/roland-rechtsschutz/pdf-rr/080-datenschutz/20200430_jps_informationsblatt.pdf)

#### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

#### **Dauer der Datenspeicherung**

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

#### **Betroffenenrechte**

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

#### **Widerspruchsrecht**

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

**Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten aufgrund Ihrer Einwilligung, so können Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

#### **Beschwerderecht**

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist: Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Postfach 606 | 91511 Ansbach | Deutschland

#### **Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft**

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft Die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmisbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu finden Sie unter:

[https://www.informahis.de/fileadmin/user\\_upload/informationsblatt\\_eu-dsgvo\\_anfrage.pdf](https://www.informahis.de/fileadmin/user_upload/informationsblatt_eu-dsgvo_anfrage.pdf)

#### **Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer**

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

#### **Bonitätsauskünfte**

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien (z.B. infoscore Consumer Data GmbH, Creditreform AG) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Nähere Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH finden Sie unter

<https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>.

Nähere Informationen über die Unternehmen der Creditreform-Gruppe finden Sie unter

<https://www.creditreform.de/eu-dsgvo.html>