



# ■ ANTRAG FÜR DIE BU-UMTAUSCHAKTION

## die Bayerische

Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München  
[diebayerische.de](http://diebayerische.de)

## Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG

Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Flieger;  
Vorstand: Dr. Herbert Schneidemann (Vorsitzender), Martin Gräfer, Thomas Heigl.  
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 81283



**die Bayerische**

Versichert nach dem Reinheitsgebot

1 Antragsteller/Versicherungsnehmer

☐ Herr ☐ Frau Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft
Geburtsdatum
\* freiwillige Angaben
\*\* Siehe Erläuterungen
Vorname/Titel/Firmenname Name
1. Staatsangehörigkeit 2. Staatsangehörigkeit
Straße/Hausnummer
Geburtsland Geburtsort
PLZ Wohnort
Steuer-Identifikations-Nr.\*
Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma)
Sind Sie im Ausland steuerlich ansässig?\*\* ☐ Nein ☐ Ja
Berufsstatus
☐ Arbeiter ☐ Arbeiter im Öffentl. Dienst ☐ Student ☐ Angestellter ☐ Angest. im Öffentl. Dienst ☐ Rentner/Pensionär ☐ leit. Angestellter ☐ Schüler ☐ Selbstständig ☐ Beamter ☐ Auszubildender ☐ Sonstige
Telefon mobil\*
Telefon privat\*
Telefon geschäftlich\*
E-Mail Adresse\*
Länderkennz.
Steueridentifikationsnummer (TIN)

2 Zu versichernde Person

☐ Herr ☐ Frau Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft
Vorname/Titel Name
Geburtsdatum
1. Staatsangehörigkeit 2. Staatsangehörigkeit
Straße/Hausnummer
pi 7 Wohnort
Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma)
Berufsstatus
☐ Arbeiter ☐ leit. Angestellter ☐ Angest. im Öffentl. Dienst ☐ Schüler ☐ Student ☐ Selbstständig ☐ Angestellter ☐ Arbeiter im Öffentl. Dienst ☐ Beamter ☐ Auszubildender ☐ Rentner/Pensionär ☐ Sonstige

Ergänzende Fragen für BU:
Anteil der Bürotätigkeit %
Anteil der körperlichen Tätigkeit %
Für wieviele Mitarbeiter sind Sie verantwortlich? Anzahl
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

Tarifauswahl der Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG

☒ Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort mit erweiterten Leistungen inkl. umfassender DU-Klausel

3 Hauptversicherung

Tarifkennziffer
Versicherungsbeginn
0 1
abweichende Sonderrechnungsart (Unterlagen sind beigelegt)
Berufsklasse
Versicherte monatl. Rente EUR
Endalter/ Jahre
oder Versicherungsdauer/ Jahre
Leistungsdauer/Jahre ab Versicherungsbeginn
garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall % max 2%

Beitragszahlung

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

Zahlungsdauer/ Jahre
Beitrag EUR

Überschussverwendung:
Sofortverrechnung mit Beiträgen

Nettobeitrag nach Sofortverrechnung\* EUR

Abweichend davon kann gewählt werden:
verzinsliche Ansammlung

\* Die Höhe der verrechneten Überschüsse kann nicht für die gesamte Laufzeit der Versicherung garantiert werden.

#### 4 Dynamik

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

%

#### 5 Vereinfachte Gesundheitserklärung im Rahmen der BU-Umtauschaktion

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 Erkrankungsbegriffe umfassen.

##### I. Allgemeine Fragen

1. Haben Sie einen beitragspflichtigen BU-Vertrag zu den von Ihnen angegebenen Konditionen, der ohne Erschwerungen (Leistungsausschluss/Risikozuschlag) bei dem unten angegebenen Vorversicherer angenommen wurde?

☐ Ja ☐ Nein

Versicherungsnummer

bisheriger Vorversicherer

Wie hoch war Ihr Nettoeinkommen im letzten Jahr (2017)?

EUR

2. 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 Auslandsaufenthalt einreichen.
3. Sind Sie im Beruf oder privat **besonderen Gefahren ausgesetzt** (z. B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Teilnahme an Wettbewerben, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Fallschirmspringen, Drachen- oder Gleitschirmfliegen, sonstige Flugaktivitäten, Kampfsport- oder Extremsportarten)?
4. Haben Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin durch **Rauchen oder Inhalieren** 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)?

Nein  
▼  
☐

Ja  
▼  
☐

☐

☐

☐

☐

5. Körpergröße in cm  Gewicht in kg

##### II. Vereinfachte Gesundheitsfragen

1. Sind Sie derzeit eingeschränkt arbeits- bzw. dienstfähig oder waren Sie in den letzten 24 Monaten länger als 14 Tage ununterbrochen arbeitsunfähig/krankgeschrieben bzw. dienstunfähig?
2. Wurden Sie seit Abgabe der Vertragserklärung am ..... der Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung bei der oben angegebenen Versicherungsgesellschaft wegen einer der folgenden Erkrankungen ärztlich untersucht, beraten oder behandelt:

Nein  
▼  
☐

Ja  
▼  
☐

☐

☐

Diabetes, Herz- oder Gefäßerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall), psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Burn-out Syndrom) Suchterkrankungen, chronische Erkrankungen der Atemwege, der Leber, der Nieren oder der Verdauungsorgane (z.B. Asthma, erhöhte Leberwerte, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn), Erkrankungen des Nervensystems oder des Bewegungsapparates (z.B. Bandscheibenvorfall, Arthrose, Multiple Sklerose, Epilepsie, Rheuma), HIV-Infektion oder einer Krebserkrankung (z.B. Leukämie, gutartiger Hirntumor)?

3. Besteht bei Ihnen eine Erwerbsminderung oder ein Grad der Behinderung/Grad der Schädigungsfolge oder wurde dieser beantragt?

☐

☐

**Nach Erhalt meines Versicherungsscheines werde ich den oben aufgeführten BU-Vertrag kündigen.**

#### 6 Empfänger der Versicherungsleistungen

Sofern nichts anderes vereinbart, gilt für den jeweiligen Vertrag folgendes Bezugsrecht:

**Im Erlebensfall:** der Versicherungsnehmer; **Bei Tod der versicherten Person:** der Versicherungsnehmer, soweit er nicht versicherte Person ist, sonst in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:

1. der überlebende Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war; der eingetragene Lebenspartner i.S.d. Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) steht dem Ehegatten gleich
2. die Kinder des Versicherten
3. die Eltern des Versicherten

Nur wenn Sie eine davon abweichende Regelung wünschen, teilen Sie uns dies bitte nachfolgend mit:

Im Erlebensfall:

Im Todesfall:

#### 7 Besondere Vereinbarungen (Mündliche Vereinbarungen gelten nicht)



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

- Schlusserklärung** Die Erläuterungen, die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person unter Punkt ① sowie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung unter Punkt ② 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 bei Minderjährigen

X

Unterschrift der zu **versichernden Person**, wenn nicht identisch mit Antragsteller

X

### 14 Bestätigung des Vermittlers

Die Antragsangaben wurden in meiner Gegenwart erfasst und entsprechen der Richtigkeit. .

#### Vermittlerdaten

Abschluss-  
vermittler 1

Anteil AV1 in %

Abschluss-  
vermittler 2

Kooperations-  
partner

Stempel und Unterschrift des **Vermittlers**

### 15 Interne Vermerke

# Erläuterungen

## A Zuständiger Versicherer

Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG

## 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 Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG, 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.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in unserem Unternehmen unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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 diese 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. 12 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. 12 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.

- 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 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 speichert und nutzt.

#### Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen.

Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.diebayerische.de/media/pdf\\_dateien\\_1/datenschutz/code\\_of\\_conduct\\_09-12.pdf](http://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/datenschutz/code_of_conduct_09-12.pdf) abrufen können.

Ebenfalls im Internet abrufen können Sie die Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, unter: [www.diebayerische.de/media/pdf\\_dateien\\_1/49\\_1/490010\\_dienstleisterliste.pdf](http://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/49_1/490010_dienstleisterliste.pdf)

Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Liste oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an die Bayerische, (Service-Center, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München, Tel. 089/6787-0, [info@diebayerische.de](mailto:info@diebayerische.de)).

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei

Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G.  
Datenschutzbeauftragte  
81732 München  
[datenschutz@diebayerische.de](mailto:datenschutz@diebayerische.de)  
Tel. 089/6787-3273.

#### Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken

Ihre personenbezogenen Daten können ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur postalischen Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Gruppe die Bayerische und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet werden. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.

## **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.

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

Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG  
Aufsichtsratsvorsitzender: Erwin Flieger;  
Vorstand: Dr. Herbert Schneidemann (Vorsitzender), Martin Gräfer, Thomas Heigl.  
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 81283