

Antrag auf selbstständige Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

BU/EU

Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG

Stand: Januar 2008

Antrag nicht als Schreibunterlage verwenden, Selbstdurchschreibsatz! Kein Kohlepapier einlegen! ► BITTE DEUTLICHE BLOCKSCHRIFT IN GROSSBUCHSTABEN · NUR WEISSE FELDER AUSFÜLLEN ◀

Außenstelle	Antragsnummer 1. AV-Nr.	Anteil % 1. AV-Nr.	2. AV-Nr.	BEST-V	VE-Kz	Versicherungsschein-Nr.
Registrierungsnummer 1		Registrierungsnummer 2		Angebot-Nr.		

BU/EU

Antrag auf selbstständige Berufs- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung bei der BBV-N

Antragsteller/Versicherungsnehmer

Name/Vorname/Titel Herr Frau Geburtsdatum Familienstand ledig verheiratet Nationalität

Straße/Hausnummer Telefon privat* geschäftlich*

PLZ Wohnort Telefon mobil*

Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma) Telefax*

Berufsstatus

Arbeiter Arbeiter im Öffentl. Dienst Schüler Wehrpfl./Zivildienst Selbstständig
 Angestellter Angest. im Öffentl. Dienst Auszubildender Rentner/Pensionär
 leit. Angestellter Beamter Student Sonstige

E-Mail Adresse* * freiwillige Angaben

zu versichernde Person

Name/Vorname/Titel männlich weiblich Geburtsdatum Familienstand ledig verheiratet Nationalität

Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma) Welche Berufsausbildung haben Sie abgeschlossen?

Berufsstatus

Selbstständig: Sind sie körperlich oder handwerklich tätig? ja nein Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie? Anzahl
 Arbeiter Arbeiter im Öffentl. Dienst leit. Angestellter Schüler Student Sonstige
 Angestellter Angest. im Öffentl. Dienst Beamter Auszubildender Wehrpfl./Zivildienst

Empfänger der Versicherungsleistungen

Sofern nichts anderes vereinbart, gilt folgendes Bezugsrecht:
 Im Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Invaliditäts- und Pflegefall ist der Versicherungsnehmer bezugsberechtigt, im Todesfall 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 im Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war 2. die Kinder des Versicherten 3. die Eltern des Versicherten

Nur wenn Sie eine davon abweichende Regelung wünschen, bitte ausfüllen:

Bezugsberechtigt Erbensfall: Todesfall:

Einzugsermächtigung/Geldwäschegesetz

Bis zu meinem jederzeit möglichen Widerruf ermächtige ich die BBV, die fälligen Beiträge von meinem Girokonto einzuziehen.

Geldinstitut mit Ortsangabe Name des Kontoinhabers, falls dieser nicht Antragsteller ist Kollektivinkasso*

VN oder

Kontonummer Bankleitzahl Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller) * Entsprechende gesonderte Einzugsermächtigung zur Weiterleitung beifügen

Handeln Sie als Antragsteller auf eigene Rechnung? ja nein Falls nicht oder keine Einzugsermächtigung vom Versicherungsnehmer erteilt wird, muss zusätzlich BBV 190900 ausgefüllt werden.

Maklermandat

Zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Makler wurde vereinbart:

Das Abschluss-, das Vertragsänderungs- und Kündigungsrecht wurde an den Makler übertragen. Briefe und Dokumente werden im Original an den Versicherungsnehmer und in Kopie an den Makler versandt.
 Das Abschluss-, das Vertragsänderungs- und Kündigungsrecht wurde an den Makler übertragen. Briefe und Dokumente werden ausschließlich an den Makler versandt, der über eine entsprechende Empfangsvollmacht verfügt.

Hauptversicherung

Art und Umfang der Versicherung (Tarif Erläuterungen siehe Rückseite)

Tarif (HV) Versicherungsbeginn Eintrittsalter Vers.-Dauer/ Jahre oder Endalter/ Jahre

Normaltarif Sonderrechnungsart (Unterlagen sind beigelegt) Versicherte monatl. Rente EUR

Berufsklasse Leistungsdauer/Jahre garantierte Rentensteigerung im Rentenbezug BU/EU Leistungsfall %

Überschussverwendung: Sofortverrechnung mit Beiträgen

Beitragszahlung

monatlich 1/4jährlich 1/2jährlich 1/jährlich Zahlungsdauer Jahre

Beitrag EUR Nettobeitrag nach Sofortverrechnung* EUR

Erfolgt die Beitragszahlung nicht im Lastschriftverfahren, wird ein Zuschlag in Höhe von 1,50 Euro pro Beitragsfälligkeit erhoben. * Die Höhe der verrechneten Überschüsse kann nicht für die gesamte Laufzeit der Versicherung garantiert werden.

BBV 550010 (03.08) M-Organisation

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.

Die in den Fragen aufgeführten Gesundheitsstörungen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe umfassen. Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig. Nur wenn Ihnen ein solcher Befund bereits vorliegt, müssen Sie diesen ab einer Versicherungssumme von 250.000,- EUR bzw. einer Jahresrente von 30.000,- EUR offen legen. Beachten Sie bitte unsere Hinweise zu prädiktiven Gentests auf der Rückseite.

I. Allgemeine Fragen

- | | Ja
▼ | Nein
▼ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Besteht bei einem anderen Unternehmen bereits eine Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeitsversicherung? Bitte Versicherer, Versicherungsart und Versicherungssumme angeben. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wurden für Sie in den letzten 5 Jahren zu Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Unfall- oder Krankenversicherungen erschwerte Bedingungen verlangt, wurde innerhalb von 5 Jahren ein Antrag abgelehnt oder darüber noch nicht entschieden? Wann, weshalb, Art der Versicherung, bei welchem Versicherer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 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)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

II. Allgemeine Gesundheitsfragen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) des Herzens oder des Kreislaufs (z.B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Durchblutungsstörungen, ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) der Atmungsorgane (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, allergische Atembeschwerden, Lungenentzündung, Zwerchfellbeschwerden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z.B. Magengeschwür, chronische Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z.B. Nierenentzündungen, Steinleiden, Einnierigkeit, Blut- oder Eiweißausscheidungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) des Stoffwechsels (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) durch Blut- oder Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) durch entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen (z.B. Rheumatismus, akute oder chronische Arthritis, Morbus Bechterew) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) durch akute oder chronische Infektionskrankheiten, (z.B. Tuberkulose, Borreliose, Malaria und sonstige Tropenkrankheiten) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) des Nervensystems oder des Gehirns (z.B. Epilepsie, Migräne, Multiple Sklerose) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) der Psyche (z.B. Angststörung, Depression, Neurose, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch) | <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 Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen beraten oder behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 14 Tagen Medikamente ein? Welche, in welchen Abständen und in welcher Dosierung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Körpergröße in cm <input type="text"/> Gewicht in kg <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

III. Spezielle Fragen für Berufs-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen

- | | Ja
▼ | Nein
▼ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) der Wirbelsäule oder der Bandscheiben (z. B. Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias oder ärztlich behandelte Nacken-, Rückenbeschwerden oder ärztlich behandelte muskuläre Verspannungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) der Knochen oder Gelenke, Bänder und Sehnen (z. B. rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung, Verlust von Gliedmaßen und sonstige Anomalien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) der Haut, Allergien (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, (Kontakt-) Ekzem, Heuschnupfen, berufsbedingte Atemwegserkrankungen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) der Augen (z. B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, verminderte Sehschärfe)
Dioptrien rechts <input type="text"/> links <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) der Ohren (z. B. Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Beziehen oder bezogen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente/Pension, ist eine Rente beantragt oder eine Pensionierung eingeleitet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 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. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit gesetzliche Rentenleistungen oder Versorgungsbezüge zu erwarten? Wenn ja, welche?
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Haben Sie bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit andere Rentenleistungen (z. B. betriebliche oder private Absicherung) zu erwarten? Wenn ja, bitte Art der Versorgung und Höhe der Monatsrente angeben.
private Vorsorge <input type="text"/> EUR
andere Quellen <input type="text"/> EUR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. a) Wie hoch war Ihr Nettoeinkommen im letzten Kalenderjahr vor Antragsstellung?
<input type="text"/> EUR | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Haben sich im laufenden Jahr Veränderungen ergeben?
<input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. Ergänzende Gesundheitsfragen zu II-III

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Name

Anschrift

Ja Nein

Falls der Antragsteller gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, sind diese unmittelbar an das Versicherungsunternehmen schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 7 Tagen abgesandt werden.

Zu Frage	Ergänzende Angaben zu den mit »ja« beantworteten Fragen (Gesundheitsstörungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name und Anschrift des Arztes oder Krankenhauses)

Bitte vergewissern Sie sich, dass Ihre Angaben richtig und vollständig erfasst sind. Ein gesondertes Blatt ist beigelegt: ja nein

Besondere Vereinbarungen (Mündliche Vereinbarungen gelten nicht)

Schlussklärung Die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite habe ich gelesen. Sie enthalten u.a. Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, zur Datenverarbeitung sowie eine Zustimmung zum möglichen Beginn des Versicherungsschutzes vor Ende der Widerrufsfrist. Die Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sie Inhalt dieses Antrages sind.

Die Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht durch schriftliche Erklärung entbinde. (Falls gewünscht bitte ankreuzen)

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.

Unterschriften

Ort, Datum

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

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

Unterschrift des **Vermittlers**

--	--	--	--

Bestätigung zu den Informationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Informationspaket bestehend aus den Vertragsinformationen, den Allgemeinen und den ergänzenden Verbraucherinformationen, einschließlich der dort genannten Versicherungsbedingungen und Merkblätter vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten. Es bestand ausreichend Zeit, von den Unterlagen Kenntnis zu nehmen.

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.

Unterschriften

Ort, Datum

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

--	--

Tariferläuterungen

Tarif 9719

Berufsunfähigkeits-Versicherung (BU)

Tarif 9709

Berufsunfähigkeits-Versicherung (BU) mit erweiterten Leistungen

Tarif 9710

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung (EU)

Bei Berufsunfähigkeit (9719, 9709)/Erwerbsunfähigkeit (9710) der versicherten Person während der Versicherungsdauer leisten wir die vereinbarte Rente monatlich vorschüssig für die Dauer der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit, höchstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer. Die Verpflichtung zur Beitragszahlung entfällt, solange der Anspruch auf Rente besteht.

Es kann zusätzlich eine planmäßige Erhöhung der Rente im Leistungsfall bis zu 2 % gewählt werden, die sich dann in einem höheren Beitrag niederschlägt.

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.

Entbindung von der Schweigepflicht

a) Risikobeurteilung Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

b) Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Zu diesem Zweck befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Der Versicherer wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärungen zur Prüfung der Leistungspflicht gelten auch über meinen Tod hinaus.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der BBV-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datenbanken führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheit dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte.

Hinweise

Wechsel des Versicherers

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

Prädiktive Gentests

Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 EUR bzw. Jahresrente von 30.000 EUR offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmateriale eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt.