

**1 Antragsteller/Versicherungsnehmer** (Bitte auch Erläuterungen unter Punkt A Hinweise beachten)* freiwillige Angaben
** Siehe Erläuterung Hinweise Herr Frau Familienstand ledig verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft

Geburtsdatum

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 JaLänder-
kennz.

Steueridentifikationsnummer (TIN)

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*

2 Geldwäschegesetz (zu identifizieren ist immer der Versicherungsnehmer)Die Beantwortung nachstehender Fragen ist **dann notwendig**, wenn der Versicherungsnehmer eine **natürliche Person** ist. Bei einer **juristischen Person**, bitte Formular B 190900 einreichen. Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und alle damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf meine Veranlassung. Ich wurde nicht von Dritten beauftragt. Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung und/oder die damit verbundenen Transaktionen erfolgen auf fremde Veranlassung bzw. auf Veranlassung Dritter.**Name, Vorname und Anschrift des/der veranlassenden Dritten**

Bitte erläutern Sie die Hintergründe, warum die Geschäftsbeziehung auf fremde Veranlassung erfolgt:

Ergänzende Angaben zum Versicherungsnehmer nach dem Geldwäschegesetz, sofern keine Einzugsermächtigung vom Versicherungsnehmer erteilt wird:

Art des Ausweises	Nummer des Ausweises	Ausweisinhaber	Geburtsort	Ablaufdatum des Ausweises	Ausstellende Behörde
<input type="checkbox"/> RP <input type="checkbox"/> PA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Politisch exponierte Personen (PeP) (Bitte auch Erläuterungen unter Punkt B Hinweise beachten)Üben oder übten Sie oder eine am Vertrag beteiligte Person ein wichtiges öffentliches Amt mit einer Entscheidungsbefugnis auf Staatsebene, z. B. als Parlamentsmitglied, Regierungsmitglied, Staatssekretär, Ministerpräsident aus oder sind Sie Mitglied in wichtigen staatlichen Organen wie Obersten Gerichten, Rechnungshöfen oder in Führungspositionen staatlicher Unternehmen? Wenn ja, welches? Nein JaSind Sie Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangiger Offizier der Streitkräfte? Wenn ja, bitte Beschreibung Ihrer Funktion. Nein JaBekleidet ein Familienmitglied oder eine Ihnen nahestehende Person eines der vorgenannten Ämter? Wenn ja, bitte Namen, Geburtsdatum, Anschrift, Verwandtschaftsverhältnis/Beziehung und Funktion angeben. Nein Ja**4.1 Zu versichernde Person** Herr Frau Familienstand ledig verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft

Vorname/Titel

Name

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

1. Staatsangehörigkeit

2. Staatsangehörigkeit

PLZ

Wohnort

4.2 Tätigkeitsangaben

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)
- Welche?
- keine

7 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 Erkrankungsbegriffe umfassen.

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 Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages mit einer Kapitalleistung von mehr als 300.000 EUR oder einer Jahresrente von mehr als 30.000 EUR. In diesen Fällen 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).

I. Allgemeine Fragen

	Nein ▼	Ja ▼	Ergänzende Angaben
1. Besteht bei der Bayerischen oder anderen Unternehmen bereits eine Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeitsversicherung ? Bitte Versicherer, Versicherungsart und Versicherungssumme angeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Körpergröße in cm <input type="text"/> Gewicht in kg <input type="text"/>			

II. Allgemeine Gesundheitsfragen

	Nein ▼	Ja ▼	Ergänzende Angaben	Gesundheitsstörungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses
1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden				
a) des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Verkalkung der Herzkranzgefäße, 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, chronische Nierenschädigung)?	<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. HIV, Tuberkulose, Borreliose, Malaria und sonstige Tropenkrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
i) des Nervensystems oder des Gehirns (z. B. Epilepsie, Migräne, multiple Sklerose, Rückenmark, Alzheimer, Parkinson, Demenz, Muskelatrophie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
j) der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Essstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS, ADHS), Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Überlastungszustand, 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"/>		

III. Spezielle Frage für die Risiko-Kapitalversicherung

1. Fahren Sie Motorrad (Fahrer, Beifahrer, auch Saisonfahrer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

IV. Spezielle Fragen für Berufs-/Erwerbsunfähigkeits (zusatz-) versicherungen und Premium PROTECT

Nein
▼

Ja
▼

Ergänzende Angaben

Gesundheitsstörungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden

a) der **Wirbelsäule oder der Bandscheiben** (z. B. Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias oder ärztlich behandelte Nacken-, Rückenbeschwerden oder ärztlich behandelte muskuläre Verspannungen)?

b) der **Knochen oder Gelenke, Bänder und Sehnen** (z. B. Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung, Verlust von Gliedmaßen und sonstige Anomalien)?

c) der **Haut, Allergien** (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, (Kontakt-) Ekzem, Heuschnupfen, berufsbedingte Atemwegserkrankungen)?

d) der **Augen** (z. B. Sehhörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, verminderte Sehschärfe, Makuladegeneration)?

Dioptrien rechts links

e) der **Ohren** (z. B. Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?

2. Beziehen oder bezogen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente/ Pension, ist eine Rente beantragt oder eine Pensionierung eingeleitet?

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.

4. Haben Sie bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit gesetzliche Rentenleistungen oder Versorgungsbezüge zu erwarten? Wenn ja, welche?

5. Haben Sie bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit andere Rentenleistungen (z. B. betriebliche oder private Absicherung) zu erwarten? Wenn ja, bitte die Art der Versorgung und Höhe der Monatsrente angeben.

_____ €

6. a) Wie hoch war Ihr Nettoeinkommen im letzten Kalenderjahr vor Antragsstellung?

_____ €

b) Haben sich im laufenden Jahr Veränderungen ergeben?

V. Ergänzende Gesundheitsfragen

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?

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?

3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert (Name und Anschrift)

Name, Anschrift

VI. Risikozuschläge

1. medizinischer Zuschlag: % nichtmed. Zuschlag: %

Zusätzliche Gesundheitserklärung für Premium PROTECT:

Nein
▼

Ja
▼

(KEINE Nennung der Person wegen Datenschutz)

Ist Ihnen bekannt, ob bei leiblichen **Eltern, Großeltern, Geschwistern oder Kindern** Krebserkrankungen, Herzinfarkt, Herzfehler, Schlaganfall, Zuckerkrankheit, Parkinson Krankheit, Zystennieren, Demenz, multiple Sklerose, Schizophrenie oder Depression aufgetreten sind?

Welche Erkrankungen und in welchem Alter?

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.

Ein gesondertes Blatt ist beigelegt: Nein Ja

8 Empfänger der Versicherungsleistungen

Sofern nichts anderes vereinbart, gilt folgendes Bezugsrecht: Im Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Krankheits-, Invaliditäts- und Pflegefall ist der Versicherungsnehmer bezugsberechtigt. Im Todesfall ist bezugsberechtigt 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; 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, bitte ausfüllen:

Erlebensfall: _____

Todesfall: _____