

# Antrag

---

- BU PROTECT
- BU PROTECT young

**die Bayerische**

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

**Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG**

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

## Inhalt

Inhaltsübersicht	Erläuterungen / vollständige Erklärungen unter Punkt ...
1 Antragsteller/Versicherungsnehmer	-
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	-

**1 Antragsteller/Versicherungsnehmer** 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.\*

**Berufsstatus**

- Arbeiter  Arbeiter im Öffentl. Dienst  Student
- Angestellter  Angest. im Öffentl. Dienst  Rentner/Pensionär
- leit. Angestellter  Schüler  Selbstständig
- Beamter  Auszubildender  Sonstige
- Beamter auf Widerruf  Beamter auf Probe  Beamter auf Lebenszeit

Telefon privat\*

Telefon geschäftlich\*

Telefon mobil\*

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)

**Berufsstatus**

- Arbeiter  Arbeiter im Öffentl. Dienst  Student  Angestellter  Angest. im Öffentl. Dienst
- Rentner/Pensionär  leit. Angestellter  Schüler  Selbstständig  Beamter
- Auszubildender  Sonstige  Beamter auf Widerruf  Beamter auf Probe  Beamter auf Lebenszeit

## Tarifauswahl der Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG

### BU PROTECT

- Berufsunfähigkeitsversicherung Prestige mit Zusatz- und AU-Leistungen inkl. umfassender DU-Klausel
- Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort plus mit erweiterten und AU-Leistungen inkl. umfassender DU-Klausel
- Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort mit erweiterten Leistungen inkl. umfassender DU-Klausel
- Berufsunfähigkeitsversicherung Smart inkl. DU-Schutz

### BU PROTECT young

- Berufsunfähigkeitsversicherung Prestige mit Zusatz- und AU-Leistungen und reduziertem Anfangsbeitrag inkl. umfassender DU-Klausel
- Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort plus mit erweiterten und AU-Leistungen und reduziertem Anfangsbeitrag inkl. umfassender DU-Klausel
- Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort mit erweiterten Leistungen und reduziertem Anfangsbeitrag inkl. umfassender DU-Klausel
- Berufsunfähigkeitsversicherung Smart mit reduziertem Anfangsbeitrag inkl. DU-Schutz

## 3 Hauptversicherung

Tariffkennziffer

### Versicherungsbeginn

0  1

abweichende Sonderrechnungsart  
(Unterlagen sind beigelegt)

Berufsklasse

Endalter/  
Jahre

oder Versicherungsdauer/  
Jahre

oder Enddatum  
Versicherungsdauer

Versicherte monatl. Rente  EUR

Leistungsdauer/Jahre ab  
Versicherungsbeginn

oder Enddatum  
Leistungsdauer

garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall  % max. 2%

## Zusatzversicherungen

- Pflegezusatzversicherung: lebenslange Rente im Pflegefall
- Sparausfall-Versicherung (nur bei BU PROTECT)

## Beitragszahlung

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

Zahlungsdauer/  
Jahre

Beitrag\*\*  EUR

**Überschussverwendung:**  
Sofortverrechnung mit Beiträgen

Abweichend davon kann gewählt werden:  
verzinsliche Ansammlung

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 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 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 Brutto-bezüge) im letzten Kalenderjahr vor Antragsstellung?

€

b) Haben sich im laufenden Jahr Veränderungen ergeben?

€

Für Selbständige/Freiberufler:

Jahr \_\_\_\_\_ :  €

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

Jahr \_\_\_\_\_ :  €

Jahr \_\_\_\_\_ :  €

**Wichtiger Hinweis: Für monatliche Renten ab 2.501 EUR und bei undifferenzierten Berufen 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 Lebens-, Grundfähigkeiten-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits- (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?

%

b) der körperlichen Tätigkeit?

%

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 Auslandsaufenthalt einreichen.

2. 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)?

3. 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)?

4. Körpergröße in cm  Gewicht in kg

## Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

### IV. Allgemeine Gesundheitsfragen

	Nein ▼	Ja ▼	Ergänzende Angaben
<p>Gesundheitsstörungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses</p>			
1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden			
a) 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"/>	<input type="text"/>
b) der <b>Atmungsorgane</b> (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, allergische Atembeschwerden, Lungenentzündung, Zwerchfellbeschwerden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c) an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber</b> (z. B. Magengeschwür, chronische Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d) an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> (z. B. Nierentzündungen, Steinleiden, Einnierigkeit, Blut- oder Eiweißausscheidungen, chronische Nierenschädigung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e) des <b>Stoffwechsels</b> (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f) durch <b>Blut- oder Tumorerkrankungen</b> (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
g) durch <b>entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen</b> (z. B. Rheumatismus, akute oder chronische Arthritis, Morbus Bechterew)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
h) durch akute oder <b>chronische Infektionskrankheiten</b> (z. B. HIV, Tuberkulose, Borreliose, Malaria und sonstige Tropenkrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
i) des <b>Nervensystems oder des Gehirns</b> (z. B. Epilepsie, Migräne, multiple Sklerose, Rückenmark, Alzheimer, Parkinson, Demenz, Muskelatrophie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
j) der <b>Psyche</b> (z. B. Angststörung, Depression, Neurose, Essstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS, ADHS), Schmerzsyndrom, Schlafstörung, Überlastungszustand, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
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 oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 14 Tagen <b>Medikamente</b> ein? Welche, in welchen Abständen und in welcher Dosierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

### V. Spezielle Fragen

	Nein ▼	Ja ▼	Ergänzende Angaben
1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden			
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"/>	<input type="text"/>
b) der <b>Knochen oder Gelenke, Bänder und Sehnen</b> (z. B. Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung, Verlust von Gliedmaßen und sonstige Anomalien)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c) der <b>Haut, Allergien</b> (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, (Kontakt-) Ekzem, Heuschnupfen, berufsbedingte Atemwegserkrankungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d) der <b>Augen</b> (z. B. Sehstörung, Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, verminderte Sehschärfe, Makuladegeneration)? Dioptrien rechts <input type="text"/> links <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e) der <b>Ohren</b> (z. B. Tinnitus, Hörsturz, vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>
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"/>	<input type="text"/>

## Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

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

Nein



Ja



Ergänzende Angaben

Name, Anschrift

### VII. Risikozuschläge

1. medizinischer Zuschlag:  % nichtmed. Zuschlag:  %

### Ergänzende Angaben

Ein gesondertes Blatt ist beigefügt:  Nein  Ja

## 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 **D** sowie die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung 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 <b>Antragstellers</b> und der gesetzlichen Vertreter/ des Alleinvertretungsberechtigten bei Minderjährigen	Unterschrift der zu <b>versichernden Person</b> , wenn nicht identisch mit Antragsteller
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kooperationspartner	<input type="text"/>	

Stempel und Unterschrift des **Vermittlers**

<input type="text"/>
----------------------

### 15 Interne Vermerke

<input type="text"/>
----------------------

# 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.

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. 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.

## 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](http://diebayerische.de)

#### Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG

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



**die Bayerische**

Versichert nach dem Reinheitsgebot

# Zusätzliche Erklärung

## Fragebogen Berufsangaben, Einkommen und Versorgung

1. AV-Nr.	Versicherungsschein-Nr.

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.

zum

<b>Lebensversicherungsantrag</b> vom	Antragsteller/Versicherungsnehmer	
bei Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG	Zu versichernde Person (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
<p>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. Leistungen 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. -</p>		
<input type="checkbox"/> <b>Berufsangaben</b>	Haben Sie bereits einen anderen als den jetzigen Beruf ausgeübt?	
Welchen Beruf üben Sie derzeit aus? (genaue Bezeichnung)	Welchen?	
	Wann? Wie lange?	
In welcher Berufsstellung? <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> zeitlich begrenztes Arbeitsverhältnis Eventuell befristet bis: _____	Name und Anschrift des Unternehmens	
<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> auf Widerruf <input type="checkbox"/> auf Probe <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit <input type="checkbox"/> Angestellter im Ö.D. <input type="checkbox"/> Schüler Schulform (gilt für Lehrer) _____	Branche des Unternehmens? Art der Tätigkeit?	
Seit wann?	Wieviele Mitarbeiter hat Ihr Unternehmen?	
Welche Tätigkeiten verrichten Sie im Einzelnen (ggf. in %)?	Für wie viele Mitarbeiter haben Sie Personalverantwortung?	
Welchen Beruf haben Sie erlernt? (genaue Bezeichnung)	Seit wann sind Sie in Ihrem Unternehmen beschäftigt?	
<input type="checkbox"/> <b>Einkommen und Versorgung</b>		
Wie hoch belief sich Ihr <b>Netto</b> einkommen in den letzten 3 Jahren?	Haben Sie bei Berufsunfähigkeit Rentenleistungen zu erwarten?	
Lfd. Jahr voraussichtlich EUR _____	20 _____ EUR _____	20 _____ EUR _____
	20 _____ EUR _____	20 _____ EUR _____
	aus der Sozialversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Wie hoch belief sich Ihr <b>Brutto</b> einkommen in den letzten 3 Jahren?	Betriebliche Altersversorgung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein EUR _____	
Lfd. Jahr voraussichtlich EUR _____	20 _____ EUR _____	20 _____ EUR _____
	20 _____ EUR _____	20 _____ EUR _____
	Berufsständische Versorgung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein EUR _____	
Verfügen Sie aus Erwerbstätigkeit über weitere Einkommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Private BU-Versicherungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein EUR _____	
Aus Kapitalanlagen EUR _____		
Aus Vermietung/Verpachtung EUR _____		
Sonstige Einkünfte EUR _____	Insgesamt jährlich ca. EUR _____	
Ich bestätige, dass die Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet sind. Ich weiß, dass unrichtige oder unvollständige Angaben den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben können.		
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers, ggf. der gesetzlichen Vertreter	Unterschrift der zu versichernden Person

## DSGVO Information für Kunden der Bayerischen

(Stand 02/2019)

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Den jeweils Verantwortlichen entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen:

Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung 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: [datschutz@diebayerische.de](mailto:datschutz@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/media/pdf\\_dateien\\_1/datenschutz/code\\_of\\_conduct\\_09-12.pdf](https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/datenschutz/code_of_conduct_09-12.pdf) 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 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. Für uns ist die General Reinsurance AG als Rückversicherer tätig. Nähere Informationen stellt Ihnen diese hier zur Verfügung:

[http://media.genre.com/documents/PN\\_Art14\\_DEUTSCH\\_20180411.pdf](http://media.genre.com/documents/PN_Art14_DEUTSCH_20180411.pdf).

Darüber hinaus auch die Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG. Nähere Informationen stellt Ihnen diese hier zu Verfügung:

<http://www.munichre.com/de/service/information-gdpr/index.html>

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/media/pdf\\_dateien\\_1/49\\_1/49\\_0010\\_dienstleisterliste.pdf](https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/49_1/49_0010_dienstleisterliste.pdf) finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

## Externe Dienstleister:

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/media/pdf\\_dateien\\_1/49\\_1/49\\_0010\\_dienstleisterliste.pdf](https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/49_1/49_0010_dienstleisterliste.pdf) entnehmen.

## 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

## **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.