

**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

Tarifkennziffer

### Versicherungsbeginn

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

%

- 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. Zusatzerklärung 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>1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</p>			
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 Bindegeweserkrankungen</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
<p>1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden</p>			
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

- |  | Nein<br>▼                | Ja<br>▼                  | Ergänzende Angaben                      |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 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"/> | <input type="text"/>                    |
| 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"/> | <input type="text"/>                    |
| 3. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert (Name und Anschrift)?   |                          |                          | Name, Anschrift<br><input type="text"/> |

### 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)