

Antrag

- Unfall-Police OPTIMAL
- Unfall-Police INDIVIDUAL
- Multi PROTECT (funktionelle Invaliditätsversicherung)

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

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

Antrag Unfall-Police OPTIMAL Unfall-Police INDIVIDUAL
 Multi PROTECT (funktionelle Invaliditätsversicherung)

1 Antragsteller/Versicherungsnehmer (VN)

Herr Frau Firma Familienstand ledig verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft

Name/Vorname/Titel/Firmenname

Geburtsdatum

Straße/Hausnummer

1. Staatsangehörigkeit 2. Staatsangehörigkeit

PLZ Wohnort

Geburtsland

* freiwillige Angaben

Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma)

Art des Unternehmens

Berufsstatus

Arbeiter leit. Angestellter Angest. im Öffentl. Dienst Selbstständiger landw. Unternehmer Auszubildender Rentner/Pensionär
 Angestellter Arbeiter im Öffentl. Dienst Beamter Freiberufler Schüler Student Sonstige

Telefon privat*

Telefon geschäftlich*

Telefon mobil*

E-Mail Adresse*

2 Vertragsdauer und Zahlungsweise

Vertragsbeginn frühestens jedoch der Tag, an dem der Antrag bei der Bayerischen eingeht

Vertragsablauf

Zahlungsweise 1/ jährlich

Vertragsdauer	<input type="checkbox"/> 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 3 Jahre	Bei mindestens einjähriger Dauer verlängert sich das Versicherungsverhältnis mit dem Ablauf der Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn es nicht unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist vor dem jeweiligen Ablauf von einem der beiden Teile schriftlich gekündigt wird. Die Beitragszahlung, einschließlich Versicherungsteuer, erfolgt jährlich im Voraus.
---------------	---------------------------------	----------------------------------	---

3 Obliegenheiten

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.

4 Frühere oder bestehende Unfall-Versicherungen

Besteht, bestand bei der Bayerische Beamten Versicherung AG bereits eine Unfall-Versicherung, für die zu versichernde Person 1. 2. 3. 4. oder wurde eine beantragt? ja nein

Diese Versicherung mit der Nr. soll unverändert bestehen bleiben gemäß diesem Antrag verändert werden

Wurde für die zu versichernde Person 1. 2. 3. 4. ein Antrag abgelehnt oder ein Vertrag gekündigt? ja nein

Von welchem Versicherer? Unter welcher Versicherungsschein-Nr.

Geben Sie die Gründe der Ablehnung bzw. der Kündigung durch den Vorversicherer bekannt

5 Unfall-Police OPTIMAL - Summenunfallversicherung

Abweichender Beginn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

2. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

3. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

4. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

Versicherungssummen in EUR

mit progressiver Invaliditätsstaffel 225% Progression 350% Progression 500% Progression

Person Nr.	1	2	3	4
Tarifgruppe	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K
Vollinvalidität				
Invaliditätssumme (Grundsumme)				
Todesfallsumme				
Unfall-Rente (die Leistung erfolgt bereits ab einem Invaliditätsgrad von 50%)				
Unfallkrankentagegeld mit Genesungsgeld				
Unfallkrankentagegeld nur für Selbstständige ab dem <input type="text"/> Tag				
Übergangsleistung				
Smart (S) Komfort (K) Prestige (P)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> P
Prestige Familien Assistance erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bergungskosten				
Beitrag in EUR lt. Zahlungsweise				
Beitrag in EUR inkl. ges. Versicherungsteuer insgesamt				
Kosten für kosmetische Operationen und Bergungskosten sind individuell je nach S,K,P ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert.			Gesamtbeitrag in EUR inkl. ges. Versicherungsteuer	

Die versicherten Kosten (siehe Vorgaben):

Kosmetische Operationen: Smart 2.000 EUR beitragsfrei/ Komfort 10.000 EUR beitragsfrei/ Prestige unbegrenzt beitragsfrei
1,47 EUR pro 1.000 EUR zusammen

Bergungskosten: Smart 10.000 EUR beitragsfrei/ Komfort 25.000 EUR beitragsfrei/ Prestige unbegrenzt beitragsfrei

* A = Tarifgruppe A, B = Tarifgruppe B, K = Kinder von 0-17 Jahren

6 Unfall-Police INDIVIDUAL 10 Mio. - Absicherung

Abweichender Beginn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

2. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

3. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

4. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

Berechnungsgrundlage für den versicherten Verdienstausschlag sollte das Nettogehalt sein.
Bei nicht berufstätigen Personen ist die Mindestabsicherung 500 EUR.

Gewünschte monatliche Absicherung	EUR	EUR	EUR	EUR
Beitrag in EUR inkl. ges. Versicherungsteuer insgesamt				

7 Unfall-Police OPTIMAL und Unfall-Police INDIVIDUAL

Gesundheitsfragen

1. Bestehen oder bestanden Beeinträchtigungen, welche in den letzten 5 Jahren zu einer Behandlung in einem Krankenhaus oder ambulanten OP geführt haben ?

1. zu versichernde Person	2. zu versichernde Person	3. zu versichernde Person	4 zu versichernde Person
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

2. Bestehen oder bestanden in den letzten 12 Monaten Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen, wegen denen Sie regelmäßig (täglich oder an den meisten Tagen einer Woche) für mindestens 2 Monate Medikamente (z.B. Tabletten, Spritzen, Salben o.ä.) erhalten haben oder wurde eine solche Therapie angeraten?

1. zu versichernde Person	2. zu versichernde Person	3. zu versichernde Person	4 zu versichernde Person
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

3. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Erkrankungen oder Einschränkungen der Sinnesorgane (z. B. mehr als -8 Dioptrien, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?

1. zu versichernde Person	2. zu versichernde Person	3. zu versichernde Person	4 zu versichernde Person
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4. Liegen oder lagen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen oder Beeinträchtigungen der Wirbelsäule oder der Gelenke vor (z. B. Bandscheibenvorfall, Bewegungseinschränkungen, Bänderrisse, Brüche)

1. zu versichernde Person	2. zu versichernde Person	3. zu versichernde Person	4 zu versichernde Person
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5. Besteht eine Schwerbehinderung (Gdb), Erwerbsminderung (MdE) oder wurde eine solche beantragt?

1. zu versichernde Person	2. zu versichernde Person	3. zu versichernde Person	4 zu versichernde Person
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bitte machen Sie bei den mit „ja“ beantworteten Fragen hier detaillierte Angaben

Zu Frage	Ergänzende Angaben zu den mit »ja« beantworteten Fragen

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der vorstehenden Fragen nicht aus, so sind die Antworten unter Angabe der jeweiligen Ziffer auf einem gesonderten, unterschriebenen Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen. Im Antrag ist auf dieses Blatt zu verweisen.

Ein gesondertes Blatt ist beigefügt: Nein Ja

Bezugsrecht im Ablebensfall

Die Person in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:

1. der überlebende Ehegatte, mit dem die versicherte Person im Zeitpunkt des Ablebens verheiratet war;
2. die Kinder der versicherten Person;
3. die Eltern der versicherten Person.

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

Bei 1. zu versichernde Person:

Bei 2. zu versichernde Person:

Bei 3. zu versichernde Person:

Bei 4. zu versichernde Person:

8 Multi PROTECT - funktionelle Invaliditätsversicherung

1. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

versicherte Rente EUR

Beitragsdynamik keine 3% 5%

Leistungsdynamik keine 1,5%

Beruf mit körperlicher Tätigkeit Ja Nein

Motorradfahrer Ja Nein

Beitrag EUR

Rentenleistungsdauer lebenslang bis 67 Jahre

2. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

versicherte Rente EUR

Beitragsdynamik keine 3% 5%

Leistungsdynamik keine 1,5%

Beruf mit körperlicher Tätigkeit Ja Nein

Motorradfahrer Ja Nein

Beitrag EUR

Rentenleistungsdauer lebenslang bis 67 Jahre

3. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

versicherte Rente EUR

Beitragsdynamik keine 3% 5%

Leistungsdynamik keine 1,5%

Beruf mit körperlicher Tätigkeit Ja Nein

Motorradfahrer Ja Nein

Beitrag EUR

Rentenleistungsdauer lebenslang bis 67 Jahre

4. zu versichernde Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Selbstständig Ja Nein

Beruf

versicherte Rente EUR

Beitragsdynamik keine 3% 5%

Leistungsdynamik keine 1,5%

Beruf mit körperlicher Tätigkeit Ja Nein

Motorradfahrer Ja Nein

Beitrag EUR

Rentenleistungsdauer lebenslang bis 67 Jahre

monatliche Absicherung

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Beitrag in EUR inkl. ges. Versicherungsteuer insgesamt	EUR	EUR	EUR	EUR

Hinweis: Es wird je beantragter Person ein eigener Multi PROTECT Vertrag ausgefertigt.

9 Prämienübersicht gesamt

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Unfall-Police OPTIMAL	EUR	EUR	EUR	EUR
Unfall-Police INDIVIDUAL	EUR	EUR	EUR	EUR
Multi PROTECT	EUR	EUR	EUR	EUR

14 Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme

Ich gestatte den Unternehmen der Bayerischen* bzw. dem/der zuständigen Betreuer/in, mich auch telefonisch und mittels elektronischer Post über Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Unternehmensgruppe der Bayerischen zu informieren, zu beraten und mir auf diesem Weg Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Unternehmensgruppe der Bayerischen zu unterbreiten. Meine Kontaktdaten dürfen zu diesem Zweck von der Unternehmensgruppe der Bayerischen gespeichert und genutzt werden.

Ja, ich bin mit der werblichen Kontaktaufnahme per Telefon / E-Mail / SMS-MMS einverstanden. (Nicht gewünschte Kommunikationsmittel bitte ggf. streichen)

Datum	Unterschrift des Antragstellers und der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen	Meine Einwilligung ist freiwillig, hat keinen Einfluss auf bestehende oder zukünftige Verträge und ich kann sie jederzeit widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: die Bayerische, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

* Unternehmen der Bayerischen: Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG, Bayerische Beamten Versicherung AG, die Bayerische Finanzberatungs- und Vermittlungs-GmbH

15 Bestätigung zu den Informationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Informationspaket bestehend aus dem Produktinformationsblatt, dem Angebot sowie den Informationen zum Versicherungsangebot, einschließlich der dort genannten Versicherungsbedingungen, 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.

Datum	Unterschrift des Antragstellers und der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen
<input type="text"/>	<input type="text"/>

16 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Bitte auch Erläuterungen unter Punkt A Hinweise am Ende des Antragsformulars beachten)

- Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch unser Unternehmen
- Einwilligung in die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
 - Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
 - Möglichkeit I: Pauschaleinwilligung mit Unterrichtungspflicht
 - Möglichkeit II: Einzelfalleinwilligung
 - Erklärungen für den Fall Ihres Todes
 - Möglichkeit I: Pauschaleinwilligung mit Unterrichtungspflicht
 - Möglichkeit II: Einzelfalleinwilligung
- Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (medizinische Begutachtung, Dienstleister, Rückversicherer, Vermittler)
- Einwilligung in die Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Die ganze Erklärung finden Sie zu Ihrer Information am Ende des Antragformulars abgedruckt.

17 Schlusserklärung, Zahlungen an Vermittler, Hinweis und Unterschriften (Bitte auch Erläuterungen unter Punkt B Hinweise beachten)

Schlusserklärung Die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite habe ich gelesen. Sie enthalten u.a. Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person, die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung. Die Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sie Inhalt dieses Antrages sind.

Zahlungen an Vermittler Der Versicherungsvermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die Sie im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss des Versicherungsvertrages an ihn leisten, für den Versicherer anzunehmen. Zahlungen an den Versicherungsvermittler entfalten keinerlei Wirkungen gegenüber dem Versicherer.

Hinweis Bitte prüfen Sie vor Unterzeichnung, ob Ihre Angaben zu den Gesundheitsfragen vollständig und richtig erfasst sind. Unvollständige und unrichtige Angaben können Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Unterschriften Die Unterschriften gelten für alle beantragten Versicherungen.

Datum	Unterschrift des Antragstellers und der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen	Unterschrift der zu versichernden Person , wenn nicht identisch mit Antragsteller
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

18 Vermittlerdaten

Abschlussvermittler 1	<input type="text"/>	Anteil AV1 in %	<input type="text"/>
Abschlussvermittler 2	<input type="text"/>	Kooperationspartner	<input type="text"/>

Unterschrift des **Vermittlers**

Stempel des **Vermittlers**

Hinweise nach §19 Absatz 5 VVG auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Informationen entnehmen.

Welche vorvertragliche Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrenerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrenerheblichen Umständen Fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt wegen des Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätten. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand -weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Betrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrenumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Auschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach §7 Abs.1 u. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Bayerische Beamten Versicherung AG, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einhalten; dabei handelt es sich um einen Beitrag, aus der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/365 der oben genannten Jahresprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

A Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

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/ Bayerische Beamten Versicherung AG (jeweiliger Versicherer siehe Versicherungsantrag) 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 Lebens-/Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. unseren konzernangehörigen IT-Dienstleister delvin GmbH weiterleiten zu dürfen.

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch unser Unternehmen

- Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung 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 Strafgesetzbuch 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. 16 haben Sie die Wahl zwischen zwei Möglichkeiten. Treffen Sie keine Entscheidung, merken wir die Möglichkeit II vor.

¹ Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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. 16 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. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter (www.diebayerische.de) eingesehen oder bei

Herrn Anton Hirsch, Datenschutzbeauftragter,
Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München, Tel.: 089/ 67 87 32 70,
anton.hirsch@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.

B 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

Bayerische Beamten Versicherung AG

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