

Antrag auf eine Berufsunfähigkeits-Versicherung eine Erwerbsunfähigkeits-Versicherung bei der Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G. (BBV-L)

Antragsteller/Versicherungsnehmer 1 Herr 2 Frau

Name/Vorname/Titel _____

Strasse/Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma) _____

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

Geburtsdatum _____

Familienstand ledig verheiratet

Nationalität _____

Telefon privat* _____ geschäftlich* _____

Telefon mobil* _____

Telefax* _____ E-Mail Adresse* _____

zu versichernde Person männlich weiblich

Name/Vorname/Titel _____

Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma) _____

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

Geburtsdatum _____

Familienstand ledig verheiratet

Nationalität _____

Ist die Adresse von Versicherungsnehmer und der zu versichernden Person identisch? ja nein
 Falls nicht, bitte die Adresse belegen.

Art und Umfang der Versicherung – Tarifbestimmungen siehe Rückseite

Tarif _____ Versicherungsbeginn _____ Jahre Eintrittsalter _____ Jahre
 Versicherungs- _____ Jahre Leistungs- _____ Jahre
 Tariftstufe N bzw. Sondertariftstufe _____

Berufsklasse _____ mit ärztlicher Untersuchung: ja nein

Beitrag _____ EUR monatlich 1/4 jährlich 1/2 jährlich 1/jährlich _____ Jahre

Nettobeitrag nach Sofortverrechnung* _____ EUR (Geringfügige Rundungsdifferenzen sind möglich.)

Überschussverwendung: Sofortverrechnung mit Beiträgen. Die Höhe der verrechneten Überschüsse kann nicht für die gesamte Laufzeit der Versicherung garantiert werden.

Gesundheitsfragen/Erklärungen der zu versichernden Person Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so sind sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffern auf einem besonderen Blatt als Anlage vorzunehmen und im Antrag auf dieses Blatt zu verweisen.

- Besteht oder bestand für Sie bei der BBV oder einem anderen Unternehmen bereits eine Lebens-, Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-, Unfall- oder Krankenversicherung? ja nein
- Wurden für Sie in den letzten 5 Jahren zu Lebens-, Berufs-, Erwerbsunfähigkeits(zusatz)-, Unfall- oder Krankenversicherungen erschwerte Bedingungen verlangt, wurde innerhalb von 5 Jahren ein Antrag abgelehnt oder darüber noch nicht entschieden? Wann, weshalb, Versicherer? ja nein
- Sind Sie im Beruf oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt? (z.B. Umgang mit explosiven, radioaktiven oder gesundheitsschädlichen Stoffen, berufliche Tätigkeit außerhalb Europas, Teilnahme an Wettfahrten, Geräteauchen, Klettern, Fallschirmspringen, Drachen- oder Gleitschirmfliegen, sonstige Flugaktivitäten) ja nein
- Haben Sie gegenwärtig oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen (Krankheiten, Beschwerden, Verletzungen, Allergien, körperliche oder organische Fehler)? ja nein
- Werden Sie gegenwärtig oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler beraten, untersucht oder behandelt? ja nein
- Sind Sie in den letzten 10 Jahren in Krankenhäusern, Kuranstalten, Sanatorien, Heilstätten stationär untersucht, beobachtet oder behandelt worden oder sind ambulante/stationäre Behandlungen, Untersuchungen, Kuren angedacht oder beabsichtigt? ja nein
- Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Beruhigungs- oder Rauschmittel, oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen Alkoholkonsums beraten oder behandelt? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente ein? Welche, in welchen Abständen? ja nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)? ja nein
- Werden Hilfsmittel, z.B. Brillen (Dioptrienstärke), Hörgeräte verwendet? ja nein
- Beziehen oder bezogen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente/Pension, ist eine Rente beantragt oder eine Pensionierung eingeleitet? ja nein
- Besteht Schwerbehinderung? Bitte ggf. Schwerbehindertenbescheid beifügen. ja nein
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht? ja nein
- Haben Sie bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit gesetzliche Rentenleistungen oder Versorgungsbezüge zu erwarten? ja nein
- Haben Sie bei Berufs-/Erwerbsunfähigkeit andere Rentenleistungen zu erwarten? Wenn ja, bitte Monatsrente angeben. ja nein
- Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen? _____ EUR
- Körpergröße in cm _____ Körpergewicht in kg _____
- Arzt/Behandler (mit Anschrift), der Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten kennt: _____

Falls der Antragsteller gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, sind diese unmittelbar an das Versicherungsunternehmen schriftlich nachzuholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von sieben Tagen abgesandt werden. – Bitte geben Sie auch alle von Ihnen oder von dem Vermittler für unwichtig gehaltenen Gesundheitsstörungen an.

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

Bitte vergewissern Sie sich, dass Ihre vorgenannten Angaben richtig und vollständig erfasst sind, da der Versicherer bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Ein gesondertes Blatt ist beigefügt. ja nein

Bezugsberechtigung: Sofern nichts anderes vereinbart, gilt folgendes Bezugsrecht: Bei Ablauf und im Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Invaliditäts- und Pflegefall: der Versicherungsnehmer
 Im Ablebensfall: der Versicherungsnehmer, soweit er nicht versicherte Person ist, sonst in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten:
 1. der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war 2. die Kinder des Versicherten 3. die Eltern des Versicherten 4. die Erben des Versicherten
 Nur wenn Sie eine davon abweichende Regelung wünschen, teilen Sie uns diese bitte nachfolgend mit:

im Erlebensfall (50): _____ im Ablebensfall (50): _____

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

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

Kontonummer _____ Bankleitzahl _____ Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller) _____

Kollektivinkasso 12* 06* 07* Sonstige _____

Handeln Sie als Antragsteller auf eigene Rechnung? ja nein

Falls nicht oder keine Einzugsermächtigung vom VN erteilt wird, muss zusätzlich BBV 32702 ausgefüllt werden.

Zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Makler wurde folgendes vereinbart: Das Abschlussrecht, das Vertragsänderungs- und Kündigungsrecht wurde an den Makler (= Vermittler) übertragen. Briefe und Dokumente werden ausschließlich an den Makler versandt, der über eine entsprechende Empfangsvollmacht verfügt.

Besondere Vereinbarungen (Mündliche Vereinbarungen gelten nicht!) _____

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Zusatzklärungen, Tarifbestimmungen und wichtigen Erläuterungen sowie die Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person. Die Schlussklärung enthält neben dem Hinweis auf die Meldepflicht gefährlicher Umstände Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung; sie ist ebenso wie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und wie die auf Ihren Antrag zutreffenden Zusatzklärungen wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlussklärung sowie die Zusatzklärungen zum Inhalt dieses Antrages. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung und die vollständige Verbraucherinformation erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Wichtiger Hinweis: Bitte geben Sie die Erklärungen zu den Fragen im Versicherungsantrag vollständig ab; unvollständige oder unrichtige Antworten gefährden Ihren Versicherungsschutz. Der Versicherungsvermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der Versicherungsnehmer im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrages an ihn leistet, anzunehmen. Zahlungen des Versicherungsnehmers an den Versicherungsvermittler entfalten keinerlei Wirkung gegenüber der BBV.

Widerspruchsrecht: Sie können dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Über dieses Widerspruchsrecht und die zu beachtende Frist werden Sie mit Zusendung des Versicherungsscheins ausführlich informiert.

Eine Durchschrift des Versicherungsantrages wird mir sofort nach Unterzeichnung des Antrages ausgehändigt.

Datum _____ Unterschrift des Antragstellers und der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen _____ Unterschrift der zu versichernden Person, wenn nicht identisch mit Antragsteller _____ Unterschrift des Vermittlers _____

I Zusatzerklärungen, Tarifbestimmungen und wichtige Erläuterungen

0 Versicherungsbedingungen

Die den Verträgen zugrunde liegenden Allgemeinen Bedingungen (siehe Ziff. 1/14) der Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G. (Tarif 8809, 8810, 8819) erhalten Sie mit dem Versicherungsschein, auf Wunsch werden wir sie Ihnen jedoch auch früher zusenden.

1 Berufsunfähigkeits-Versicherung (Basis BU, Tarif 8819) bzw. Berufsunfähigkeits-Versicherung mit erweiterten Leistungen (Super BU, Tarif 8809) und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung (8810)

11 Tarifbestimmung: Bei Berufsunfähigkeit (Tarif 8819, 8809) bzw. Erwerbsunfähigkeit (Tarif 8810) der versicherten Person während der Versicherungsdauer leisten wir die vereinbarte Rente monatlich vorschüssig für die Dauer der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit, höchstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer. Die Verpflichtung zur Beitragszahlung entfällt, solange der Anspruch auf Rente besteht. Es kann zusätzlich eine planmäßige Erhöhung der Rente im Leistungsfall zwischen 0% und 2% gewählt werden, die sich dann in einem höheren Beitrag niederschlägt.

12 Beitragszahlung: Sie zahlen laufende Beiträge gemäß der vereinbarten Zahlungsweise bis zum Ende des Zahlungsabschnittes, in dem die versicherte Person berufsunfähig bzw. erwerbsunfähig wird oder stirbt, längstens bis zum Ablauf der Versicherungsdauer.

13 Überschussbeteiligung: Die Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherung erhält in der beitragspflichtigen Zeit laufende Überschussanteile, die in der Regel mit den Beiträgen verrechnet werden; sie können auch verzinslich angesammelt werden. Während der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit werden die anfallenden jährlichen Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Rente verwendet.

14 Es gelten die »Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung« (Tarif 8819), die »Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung mit erweiterten Leistungen« (Tarif 8809) bzw. die »Allgemeine Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung« (Tarif 8810).

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

2 Unser Unternehmen ist darüber hinaus Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können somit innerhalb von acht Wochen nach Erhalt unserer Nachricht das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Adresse hierfür lautet: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, Tel. 01804/22 44 24, Fax 01804/22 44 25, e-mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

II Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person – Bitte besonders beachten!

1 Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. **Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende sowie jede vor Antragstellung eingetretene, aber erst bis zur Annahme des Antrags bekannt werdende, nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person (Gefahrerhöhung) werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen.** Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

2 Ich ermächtige den Versicherer zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben, alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen; dies gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten fünf Jahre nach der Antragsannahme. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit beansprucht, darf der Versicherer die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht, auch über den Tod hinaus.

III Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die BBV-Leben im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der BBV-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

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

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen, auf Wunsch auch sofort, überlassen wird.

IV Merkblatt für die Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

1 Die Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherung sieht Leistungen bis zum Ende der Leistungsdauer vor; diese kann höchstens bis zum Alter 65 gewählt werden. Durch die Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherung wird keine Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung erworben. Diese muss vielmehr auf andere Art gesichert werden, z.B. durch eine Versicherung auf den Todes- und Erbensfall.

Da in der Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherung kein Sparkapital für die Altersversorgung gebildet wird, kann bei einer Kündigung dieser Versicherung keine Rückvergütung geleistet werden. Statt dessen wird wie bei Einstellung der Beitragszahlung eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Leistung gebildet, sofern dafür ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist.

2 Die Beiträge für die Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherung sind vorsichtig berechnet worden. Normalerweise werden daher Überschüsse entstehen, die im Rahmen der Überschussbeteiligung an die Versicherungsnehmer zurückfließen. Gleichwohl lässt sich nicht völlig ausschließen, dass außergewöhnliche Ereignisse eine unvorhersehbare verlustbringende Zunahme von Aufwendungen für Versicherungsfälle auslösen. Deshalb hat der Versicherer bei der Erwerbsunfähigkeits-Versicherung das Recht, unter gewissen Voraussetzungen (vgl. § 5 Ziff. 4 der Allgemeine Bedingungen der Erwerbsunfähigkeits-Versicherung) und nur mit Genehmigung des Treuhänders auch für bestehende Versicherungen die Beiträge zu erhöhen. Möchte der Versicherungsnehmer die Versicherung zu dem erhöhten Beitrag nicht fortführen, kann er sie kündigen oder verlangen, dass sie unter Weiterzahlung des alten Beitrages mit herabgesetzter Versicherungsleistung fortgeführt wird, sofern dadurch nicht die Mindestrente von monatlich 75 Euro unterschritten wird; die Versicherungsleistung wird im gleichen Verhältnis herabgesetzt, in dem der alte Beitrag zum erhöhten Beitrag steht.

3 Für den Fall, dass die vereinbarte Versicherungsdauer kürzer als die Leistungsdauer ist, gilt folgendes:

Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, können auch nach Ablauf der Versicherungsdauer noch geltend gemacht werden, wenn die Verspätung der Anzeige der Berufsunfähigkeit nicht auf Verschulden beruht.

V Prädiktive Gentests

Wir haben uns verpflichtet, die Durchführung prädiktiver Gentests nicht zur Voraussetzung eines Vertragsabschlusses zu machen. Bereits vorliegende Befunde solcher Tests müssen erst ab einer Gesamtversicherungssumme von 250 000 Euro bzw. einer Gesamtjahresbarrente von 30 000 Euro im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht offen gelegt werden. Dabei verstehen wir unter einem »prädiktiven Gentest« die Untersuchung des Erbguts einer gesunden Person auf die Veranlagung für bestimmte Erkrankungen. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt.

Bayerische Beamten Lebensversicherung a.G.

Aufsichtsratsvorsitzender: Günter Schade; Vorstand: Erwin Flieger (Vors.), Rolf Koch, Joachim Röhl, Friedrich Utz.
Sitz und Registergericht: München, Reg.-Nr.: HR B 262

Annahme/Zuschlag