

Risikovorfrage

Hinweise zur Risikovorfrage:

- Bitte füllen Sie das Formular Risikovorfrage möglichst umfassend aus, mindestens aber die gekennzeichneten Pflichtfelder und fügen Sie erforderliche Fragebögen und Befunde (Vorerkrankungen, Beruf, Hobby, Sport usw.) vollständig bei.
- Die Anfrage kann jeweils nur für eine Person gestellt werden.
- Bei mehr als 3 Vorerkrankungen füllen Sie bitte einen 2. Formularsatz (ab Seite 2) aus.
- Bitte schicken Sie das – möglichst über den Computer – ausgefüllte Formular an **lv-risikoanfragen1@diebayerische.de** und tragen Sie Ihre 6-stellige Vermittler-Nr. der Bayerischen, den Namen des Kunden und das Geburtsdatum ein. **Wichtig:** Lassen Sie das Formular auf der letzten Seite vom Kunden unterschreiben. Wenn Sie die Risikovorfrage ohne Unterschrift anonym einreichen wollen, lassen Sie bitte den Namen des Kunden weg und schwärzen Sie alle beiliegenden Unterlagen entsprechend.

Vermittlernummer

Vermittlername

E-Mail für Rückantwort

(bitte
ankreuzen)

BU/BUZ (Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG)

Grundfähigkeiten (Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG)

Multi PROTECT (Bayerische Beamten Versicherung AG)

1 Kunde

Herr Frau Familienstand ledig verheiratet/ eingetragene Lebenspartnerschaft

Geburtsdatum

Kunde (Name, Vorname)

Straße/Hausnummer

PLZ

Wohnort

Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma)

Berufsstatus

selbstständig/angestellt seit

Arbeitgeber

Ausbildung/Studium

Personalverantwortung

Anzahl

Bürotätigkeit (%)

körperliche Tätigkeit (%)

Größe (cm)

Gewicht (kg)

Raucher: Nein Ja

Rentenhöhe/Versicherungssumme

Endalter

Jahresbruttoeinkommen im letzten Jahr

Liegt eine Invalidität oder anerkannte Behinderung vor (MdE, GdB, GdS)?

Nein Ja

Grad der Invalidität oder der Behinderung

Sind Sie im Beruf oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (Gefahrenstoffe, Freizeitaktivitäten)?

Nein Ja

Hobbys oder Freizeitaktivitäten bzw. berufliche Gefahren (bitte entsprechend ausgefüllten Fragebogen einreichen)

Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU, Islands, Norwegens, der Schweiz, der USA oder Kanada von insgesamt mehr als 12 Wochen?

Nein Ja

2 Gesundheitsfragen

Vorerkrankungen und sonstige Hinweise:
(bitte für jede einzelne Vorerkrankung diese
Seite komplett ausfüllen)

Vorerkrankung

Sonstiges

Allgemeine Fragen zur Vorerkrankung

1. Bezeichnung der Gesundheitsstörung

2. Welche Beschwerden haben/hatten Sie im Einzelnen?

3. Wann trat(en) die Beschwerden (die Verletzung,
die Erkrankung) erstmals auf und wie oft?

Wann zuletzt?

Wie lange jeweils?

4. Waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Nein Ja

Wann, wie lange?

5. Ist die Behandlung abgeschlossen?

Nein Ja

6. Welche Folgen, Beschwerden, Beeinträchtigungen
bestehen noch?

7. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente?

Nein Ja

Welche Medikamente?

In welcher Dosierung? regelmäßig nach Bedarf _____

8. Waren Sie wegen der Erkrankung im
Krankenhaus/in Kur

Nein Ja

**Bitte Arztbericht, Befund und Entlassungsberichte
beifügen!**

Krankenhaus/Kur

9. Wann, wie lange, wo (Name, Anschrift des
Krankenhauses/der Kuranstalt)?

Wurden Sie operiert? Nein Ja

Operationen vorgesehen? Nein Ja

Art der Operation?

2 Gesundheitsfragen

Vorerkrankungen und sonstige Hinweise:
(bitte für jede einzelne Vorerkrankung diese Seite komplett ausfüllen)

Vorerkrankung

Sonstiges

Allgemeine Fragen zur Vorerkrankung

1. Bezeichnung der Gesundheitsstörung

2. Welche Beschwerden haben/hatten Sie im Einzelnen?

3. Wann trat(en) die Beschwerden (die Verletzung, die Erkrankung) erstmals auf und wie oft?

Wann zuletzt?

Wie lange jeweils?

4. Waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Nein Ja

Wann, wie lange?

5. Ist die Behandlung abgeschlossen?

Nein Ja

6. Welche Folgen, Beschwerden, Beeinträchtigungen bestehen noch?

7. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente?

Nein Ja

Welche Medikamente?

In welcher Dosierung? regelmäßig nach Bedarf _____

8. Waren Sie wegen der Erkrankung im Krankenhaus/in Kur

Nein Ja

Bitte Arztbericht, Befund und Entlassungsberichte beifügen!

Krankenhaus/Kur

9. Wann, wie lange, wo (Name, Anschrift des Krankenhauses/der Kuranstalt)?

Wurden Sie operiert? Nein Ja

Operationen vorgesehen? Nein Ja

Art der Operation?

2 Gesundheitsfragen

Vorerkrankungen und sonstige Hinweise:
(bitte für jede einzelne Vorerkrankung diese Seite komplett ausfüllen)

Vorerkrankung

Sonstiges

Allgemeine Fragen zur Vorerkrankung

1. Bezeichnung der Gesundheitsstörung

2. Welche Beschwerden haben/hatten Sie im Einzelnen?

3. Wann trat(en) die Beschwerden (die Verletzung, die Erkrankung) erstmals auf und wie oft?

Wann zuletzt?

Wie lange jeweils?

4. Waren Sie wegen dieser Erkrankung arbeitsunfähig?

Nein Ja

Wann, wie lange?

5. Ist die Behandlung abgeschlossen?

Nein Ja

6. Welche Folgen, Beschwerden, Beeinträchtigungen bestehen noch?

7. Nehmen oder nahmen Sie Medikamente?

Nein Ja

Welche Medikamente?

In welcher Dosierung? regelmäßig nach Bedarf _____

8. Waren Sie wegen der Erkrankung im Krankenhaus/in Kur

Nein Ja

Bitte Arztbericht, Befund und Entlassungsberichte beifügen!

Krankenhaus/Kur

9. Wann, wie lange, wo (Name, Anschrift des Krankenhauses/der Kuranstalt)?

Wurden Sie operiert? Nein Ja

Operationen vorgesehen? Nein Ja

Art der Operation?

Einwilligungserklärung und datenschutzrechtliche Hinweise

(Stand 11.2018)

Datenschutzhinweise Risikovorfragen

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

Neue Bayerische
Beamten Lebensversicherung AG
Thomas – Dehler – Str. 25
81737 München
Telefon 089 / 67 87 – 0
Fax 089 / 67 87 – 91 50
E-Mail info@diebayerische.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter:

datenschutz@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 obengenannten 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 abrufen.

Die von Ihnen im Rahmen der Risikovorfrage gemachten Angaben benötigen wir zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses.

Die Risikoprüfung ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Rechtsgrundlage für die 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.

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.

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.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

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 diese Risikovorfrage erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, an andere Stellen, z. B. den konzernangehörigen IT Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung 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 und Weitergabe an den Rückversicherer die Risikoprüfung in der Regel nicht möglich ist.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten

- durch uns selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 2.).

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 dieser Risikovorfrage und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies für die Prüfung der Anfrage erforderlich ist.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, 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 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtbindung 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.

Aktuell sind dies im Bereich der Risikovorfragen die Bayerische Beamten Lebensversicherungen a.G. und die Bayerische IT GmbH. Eine aktuelle Liste finden Sie auch auf der Seite der Bayerischen (www.diebayerische.de) unter Datenschutz oder kann bei der Bayerischen (Service-Center, Thomas- Dehler-Str. 25, 81737 München, 089/6787-0, 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 Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2. 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 machen kann, ist es möglich, dass wir Ihre Risikovorfrage dem Rückversicherer 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 Risikoprüfung unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko richtig eingeschätzt haben. 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.

2.3. 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 oder abgelehnt werden muss. 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.

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.

Ort, Datum _____

Unterschrift Antragsteller/in