



Anlagebogen Versicherte Personen für den Versicherungsantrag auf Abschluss der Berufsunfähigkeitsversicherung bBU Collect Plus

Name des Arbeitgebers:

Frau Herr Anderes

Titel/Zuname/Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Ort

Geburtsdatum berufliche Tätigkeit

Vertraglich geschuldete Arbeitszeit

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass die Versicherer die Abgabe über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus den eingereichten Unterlagen (z.B. Gutachten, Mitteilungen oder Atteste eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes) ergeben.

Die Erhebung dieser personenbezogenen Gesundheitsdaten durch die Versicherer darf nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erfolgen; sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und Sie eine Einwilligung erteilt haben.

Die Versicherer benötigen für diese Datenerhebung Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen der 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.** Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:



Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungspflichtprüfung erforderlich ist – meine personenbezogenen Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erheben und für diese Zwecke verwenden. 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 zwölf Monaten vor erstmaligem Einschluss in den Versicherungsschutz an Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer 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. Ich werde weiter darauf hingewiesen, dass ich dieser Datenerhebung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen **widersprechen** und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer – in jedem Einzelfall informieren, 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 Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten durch Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Leistungspflichtprüfung führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer 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 drei Jahre nach Vertragsschluss.

Sie können Ihre obige Entscheidung jederzeit zugunsten der jeweils anderen Option verändern.



Ort, Datum

Unterschrift