



## Versicherungsantrag für den Arbeitgeber für die Absicherung gegen Berufsunfähigkeit

Versicherer:

**Führender Versicherer:** Sompo Endurance ENH5151, 1st Floor, 2 Minster Court  
Mincing Lane, London, EC3R 7BB, United Kingdom

sowie

Ark Syndikat ARK4024, Ark Syndicate Management Limited, 30 Fenchurch Avenue, London EC3M 5AD,  
United Kingdom

Argenta Syndikat ARG2121, 5th Floor, 70 Gracechurch Street, London EC3V 0XL, United Kingdom

Vermittler / Makler:

Biometric Underwriting GmbH  
Baumwall 7  
D - 20459 Hamburg  
Registergericht: Hamburg, HRB 139895



Bitte die beiden folgenden Seiten der zu versichernden Person gesondert aushändigen!

## **Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz**

### **Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**

Die Versicherer übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Die Versicherer sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in angemessener Höhe zu ermitteln.

Aus diesem Grund sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

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

#### **1. Rücktritt**

Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können die Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben die Versicherer kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Erklären die Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben sie 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 der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht den Versicherern der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### **2. Kündigung**

Können die Versicherer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.



### **3. Vertragsänderung**

Können die Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Versicherer Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. 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 die Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden die Versicherer Sie in ihrer Mitteilung hinweisen.

### **4. Ausübung unserer Rechte**

Die Versicherer können ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihnen geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung ihrer Rechte haben die Versicherer die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützen. Zur Begründung können die Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Die Versicherer können sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf 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. Anfechtung**

Wenn Sie die Versicherer arglistig täuschen, können die Versicherer den Vertrag auch anfechten.

### **6. 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 Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Versicherer sowohl 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.



## **Wichtige Mitteilung über die Folgen des Zahlungsverzuges der Erstprämie oder Einmalprämie**

Bitte zahlen Sie Ihre Erstprämie rechtzeitig innerhalb von zwei Wochen, nachdem der Versicherungsschein bei Ihnen eingegangen ist. Sollten Sie die einmalige oder Erstprämie nicht rechtzeitig zahlen, können die Versicherer – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, die Nichtzahlung ist nicht von Ihnen zu vertreten. Ist die einmalige oder Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, so sind die Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Zudem erlischt eine eventuelle vorläufige Deckungszusage.



# Antrag für die Berufsunfähigkeitsversicherung bBU Collect Plus

---

Name des Arbeitgebers (Versicherungsnehmer)

---

Adresse

---

Vertragsnummer (sofern vorab vorhanden)

## **Wichtige Hinweise im Namen des Versicherers**

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind die nachfolgenden Angaben sowie die Erklärung zu den gefahrerheblichen Umständen. Es ist notwendig, dass diese nach bestem Wissen sowie vollständig und wahrheitsgemäß erfolgt. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Die Angaben können gegenüber dem Versicherungsvermittler gemacht werden, der sie uns dann übermitteln wird. Angaben, die Sie / die zu versichernde Person nicht gegenüber dem Vermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber uns schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz gefährdet wird, wenn unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht werden. Eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zur Anfechtung, zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Anpassung Ihres Versicherungsvertrags berechtigen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der Ihnen ausgehändigten „Wichtigen Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“.

## **Angaben zu den versicherten Personen**

Aufstellung gemäß Anlagebogen „Versicherte Personen“



ODER:

Eigene Aufstellung der zu versichernden Personen mit folgenden Inhalten zu den zu versichernden Personen:



- Anrede / Titel
- Zuname/Vorname
- Geburtsdatum
- Straße und Hausnummer
- Postleitzahl und Ort
- Land
- Berufliche Tätigkeit
- Vertraglich geschuldete Arbeitszeit
- Bruttojahreseinkommen, falls prozentuale Absicherung des Einkommens beantragt wird



Fragen und Angaben zu gefahrerheblichen Umständen – Erklärung des Versicherungsnehmers:

- ✓ Alle zu versichernden Personen sind nach Kenntnis des Repräsentanten des Antragstellers in der Lage, ihrer vertragsmäßigen Tagesarbeit sowohl mental als auch körperlich nachzugehen:  
 ja  nein
- ✓ Keine der zu versichernden Personen war während der letzten 12 Monate aufgrund von Unfall oder Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls länger als 20 aufeinanderfolgende Arbeitstage arbeitsunfähig krank gemeldet:  
 ja  nein
- ✓ Keine der zu versichernden Personen hat in den letzten 12 Monaten aufgrund von Unfall oder Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls seine Arbeitszeit reduziert, seine normale Arbeitstätigkeit oder seinen Arbeitsplatz geändert; dies gilt auch für Heimarbeitsplätze, ohne darauf begrenzt zu sein:  
 ja  nein
- ✓ Keine der zu versichernden Personen hat in den letzten 12 Monaten unter einer anderen betrieblichen Berufsunfähigkeitspolice des Versicherungsnehmers eine Prämienerrhöhung von mehr als 50% oder eine reduzierte oder abgelehnte Leistungszusage erhalten:  
 ja  nein
- ✓ Keine der zu versichernden Personen hat nach Kenntnis des Repräsentanten des Antragstellers innerhalb der letzten 60 Tage den ärztlichen Rat erhalten, der Arbeit fern zu bleiben:  
 ja  nein

Repräsentanten im obigen Sinne sind die Leitung der Personalabteilung, die Geschäftsführung, der Vorstand oder vergleichbare Personen

**Hinweise:**

Versicherungsschutz ist nicht möglich, wenn eine Berufsunfähigkeit bereits vor Versicherungsbeginn vorliegt.

Falls die obigen Erklärungen für eine versicherte Person nicht abgegeben werden kann, ist eine gesonderte Prüfung mit dem Versicherer erforderlich.

**Angaben zu bestehenden betrieblichen Berufsunfähigkeitsversicherungen:**

- ✓ Es gibt eine bestehende Absicherung gegen Berufsunfähigkeit für den Versicherungsnehmer:  
 ja  nein
- ✓ Wenn ja, bestätigt der Versicherungsnehmer, dass die jährlich zu versichernde Berufsunfähigkeitsrente einschließlich bereits bestehender oder beantragter betrieblicher Versicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit 100% des zum Zeitpunkt der Antragsstellung aktuellen Brutto-Arbeitseinkommen der jeweiligen versicherten Person nicht übersteigt:  
 ja  nein



### Fragen zu den Vertragsmodalitäten:

Vertragsbeginn:

Laufzeit:  1 Jahr  2 Jahre  3 Jahre  4 Jahre  5 Jahre

Versicherung von vorübergehender UND dauernder Berufsunfähigkeit:  ja  nein

Versicherung nur von vorübergehender Berufsunfähigkeit:  ja  nein

Rente/Monat oder  Monatsbeitrag oder  % des Bruttoeinkommens  
EUR EUR %

Höhe der vorübergehenden Berufsunfähigkeit (maximal 75 % des Bruttoeinkommens aus der versicherten Tätigkeit). Zutreffendes bitte ankreuzen und den Wert eintragen

Maximale Leistungsdauer von 10 Jahren für die monatlichen Rentenleistungen vor Eintritt in die gesetzliche oder anderweitige Rente soll versichert werden. Kürzere Laufzeiten müssen gesondert schriftlich beantragt werden.

Maximale Leistungsdauer von  Jahren für die monatlichen Rentenleistungen vor Eintritt in die gesetzliche oder anderweitige Rente soll versichert werden.

Tage

Karenzzeit

Maximale Leistungsdauer von 10 Jahren für die Kapitalzahlung bei dauernder Berufsunfähigkeit vor Eintritt in die gesetzliche oder anderweitige Rente soll versichert werden. Kürzere Laufzeiten müssen gesondert schriftlich beantragt werden.

Jahresrenten

Bei kürzeren Laufzeiten: Höhe der Kapitalzahlung bei dauernder Berufsunfähigkeit in Jahresrenten für die Berufsunfähigkeit (Anzahl von 1-10 / Hinweis auf altersgemäße Anzahl auf der nächsten Seite)

Jahr 1: EUR, Jahr 2: EUR, Jahr 3: EUR,

Jahr 4: EUR, Jahr 5: EUR.

Jahresprämie

monatlich\*  vierteljährlich\*  halbjährlich  jährlich

Zahlungsweise (\* nur nach Zustimmung durch Versicherer)

Datum, Unterschrift Antragsteller/in



**Hinweis auf Leistungsdauer in der vorübergehenden und Leistungshöhe in der dauernden Berufsunfähigkeit:**

Alter bei Eintritt der Berufsunfähigkeit	Anzahl der monatlichen Renten bei vereinbarter maximaler Leistung von 120 Monaten	Einmalige Kapitalleistung in Höhe von folgender Anzahl von vBU-Jahresrenten bei dauernder Berufsunfähigkeit
67	12	0
66	24	0
65	36	0
64	48	0
63	60	0
62	72	0
61	84	0
60	96	0
59	108	0
58	120	0
57	120	1
56	120	2
55	120	3
54	120	4
53	120	5
52	120	6
51	120	7
50	120	8
49	120	9
48	120	10

Bei Berufsunfähigkeit wird zunächst die vereinbarte monatlichen Rentenleistung gezahlt. Deren Leistungsdauer entspricht gemäß nachstehender Tabelle dem Alter bei Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Bestätigt unmittelbar nach Ablauf der maximalen Leistungsdauer die ärztliche Prüfung eine dauernde Berufsunfähigkeit, wird zusätzlich eine einmalige Kapitalleistung gezahlt. Deren Höhe entspricht den vBU-Jahresrenten für die Anzahl der Jahre, die zwischen dem Leistungsende der vBU-Jahresrente (= 12 vBU-Monatsrenten) und dem absoluten Leistungsende des 68igsten Geburtstags liegen:

Die bei Versicherungsbeginn altersgemäß bis zum absoluten Leistungsende maximal möglichen Leistungen werden automatisch berücksichtigt. Ist der/die Antragsteller/in bei Antragstellung älter als 48 Jahre, passt sich die Leistung und die sich daraus ergebende Prämie automatisch an. Bei einem manuell erstellen Antrag kann die maximal mögliche Leistungshöhe der Tabelle entnommen werden. Unsere Prämientableaus berücksichtigen die altersgemäßen Leistungen.





## **Einwilligung in die Verwendung von der Schweigepflicht geschützter Daten und Schweigepflichtentbindung:**

Die Mitarbeiter der Versicherer unterliegen der Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (im Folgenden „Schweigepflicht“). Darum benötigen die Versicherer Ihre Entbindung, um von der Schweigepflicht geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, Krankheitsdiagnosen, Ihre Kundennummer oder weitere Identifikationsdaten, an die Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie die Lloyd's Insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Erklärungen sind für die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit den von der Schweigepflicht geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers.

Die Versicherer verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### **1. Schweigepflichtentbindung / Datenweitergabe an Rückversicherer**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können die Versicherer Verträge mit Rückversicherern abschließen, die das von uns versicherte Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag 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 uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Hat ein Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, kann er kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Beitragszahlungen und Leistungsfällen können ebenfalls Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherer übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die von der Schweigepflicht geschützten Daten, insbesondere im Hinblick auf die Gesundheitsdaten, und weiteren nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

ja  nein

### **2. Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvermittler**

Die Versicherer geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. In den folgenden Fällen kann es dazu kommen, dass von der Schweigepflicht geschützte Informationen über Ihren Vertrag selbständigen 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.

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 über die geplante Weitergabe der von der Schweigepflicht geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine von der Schweigepflicht geschützten Vertragsinformationen in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

ja  nein

### **3. Schweigepflichtentbindung / Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten.

Die Versicherer benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die 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 die Versicherer zurück übermittelt werden.

Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten entbinde ich die für die Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

ja  nein

### **4. Schweigepflichtentbindung / Datenweitergabe an andere Stellen (Unternehmen oder Personen)**

Die Versicherer 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 Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten weitergegeben, benötigen die Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die vorstehend genannten Stellen benötigen die Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Versicherer meine Gesundheitsdaten an vorstehende Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherer sowie der Unternehmensgruppe der Versicherer und sonstiger Stellen



im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ich willige ebenfalls ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an andere Gesellschaften der Versicherungsgruppe übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden.

ja  nein

**5. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, dürfen die Biometric Underwriting GmbH und die Versicherer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall speichern, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die Versicherer zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. Die Versicherung speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Versicherung und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Biometric Underwriting GmbH und die 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 speichern und nutzen dürfen

ja  nein

Bestätigung der Einwilligung gemäß Ziffern 1.-5.:

---

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in/gesetzlicher Vertreter



## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags und zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen die Versicherer personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern auch darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. So können Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von den Unternehmen der Versicherer gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.

Hiermit willigen Sie ein, dass Ihre im Zusammenhang mit dem Versicherungsverhältnis stehenden personenbezogenen Daten zur Durchführung des Vertrages gespeichert und genutzt werden. Darüber hinaus erklären Sie sich mit der Weiterleitung dieser Daten durch die Biometric Underwriting GmbH, die Miller Insurance Service LLP sowie den Versicherer Lloyd's Insurance Company S.A. und ihre Rückversicherer einverstanden, soweit dies zur üblichen Betreuung oder zu der ordnungsgemäßen Durchführung Ihrer Vertragsangelegenheiten dient.

Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist. Diese Rechte können Sie geltend machen bei

Lloyd's Versicherer London,  
Niederlassung für Deutschland,  
Taunusanlage 11, D-60329 Frankfurt.

Sie können jederzeit Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung widerrufen.

---

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in /gesetzlicher Vertreter



## Schlusserklärungen des Versicherungsnehmers

### 1. Generelles

Dieser Versicherungsantrag dient als Grundlage für die Ausarbeitung des Versicherungsvertrages. Wenn der Anzeigepflichtige bei Abschluss des Vertrages eine erhebliche Tatsache, die er kannte oder kennen musste, verschwiegen oder unrichtig mitgeteilt hat (Verschweigen), so ist der Versicherer nicht an den Vertrag gebunden, wenn er binnen vier Wochen, nachdem er von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat, vom Vertrage zurücktritt.

### 2. Verantwortlichkeit für den Antrag

Bitte prüfen Sie die Angaben, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesem Antrag oder anderen Schriftstücken für Sie gemacht haben auf Richtigkeit und Vollständigkeit, sonst können Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden.

### 3. Weitere gemeinsame Schlusserklärung

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Mündliche Abmachungen haben keine Gültigkeit. Ich weiß, dass die Versicherer bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern können. Alle für die Versicherer bestimmten Anzeigen und Willenserklärungen sind schriftlich abzugeben. Eine Kopie des Antrags liegt mir vor.

---

Ort/Datum

Antragsteller/gesetzlicher Vertreter



## Widerrufsbelehrung

### 1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 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 Vertragsunterlagen zur Berufsunfähigkeitsversicherung bBU Collect Plus, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG- Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312i Abs. 1 S. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Biometric Underwriting GmbH, Baumwall 7, D-20459 Hamburg, info@biometric-underwriting.de

### 2. Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz. Wir erstatten Ihnen in diesem Fall die gezahlte Versicherungsprämie in vollem Umfang zuzüglich gezogener Nutzungen (z.B. Zinsen) zurück, vorausgesetzt, dass Sie keine Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben. Wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Der Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den Betrag des entsprechenden Anteils des Jahresbeitrags, der sich wie folgt berechnet: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/360 der Jahresprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

### 3. 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.

Widerrufen Sie einen Versicherungsvertrag, durch den ein bereits bei den Versicherern bestehender Vertrag ersetzt oder abgeändert werden soll, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

---

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/in /gesetzlicher Vertreter



## Empfangsbestätigung

Sie haben vor der Antragstellung die „Wichtige Mitteilung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz“ erhalten.

ja  nein

Sie haben die „Wichtige Mitteilung über die Folgen des Zahlungsverzuges der Erstprämie oder Einmalprämie“ erhalten.

ja  nein

Sie haben vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Vertragsunterlagen einschließlich der Versicherungsbedingungen zur Berufsunfähigkeitsabsicherung bBU Collect Plus, das Produktinformationsblatt, das Versichererinformationsblatt sowie die Beitragsübersicht erhalten.

ja  nein

---

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/in /gesetzlicher Vertreter

**Gleichzeitig erteilen Sie der Biometric Underwriting GmbH die Erlaubnis, bei Beginn und während der Vertragslaufzeit die Versicherer zu wechseln, sofern die ursprünglichen Voraussetzungen (Beitrag und Bedingungen) gleich oder besser sind.**

---

Ort/Datum Unterschrift Antragsteller/in /gesetzlicher Vertreter

---

Ort/Datum Unterschrift Vermittler / Makler



## SEPA-Lastschriftmandat

Ich (Wir) ermächtige(n) die Biometric Underwriting GmbH, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die von Biometric Underwriting GmbH auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen. Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin (Wir sind) damit einverstanden, dass die Frist für die Ankündigung des Lastschritfeinzugs von 14 Kalender-tagen auf 5 Kalendertage vor Fälligkeit der Lastschriftzahlung verkürzt wird. Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeiträgen genügen eine einmalige Ankündigung vor dem ersten Lastschritfeinzug und die Angabe der Fälligkeitstermine.

### Zahlungsempfänger

Gläubiger	Biometric Underwriting GmbH
Gläubiger-Identifikationsnummer	DE 86ZZZ00002095173
Mandatsreferenz	wird gesondert mitgeteilt

### Zahlungspflichtiger

Titel

---

Anrede

---

Vorname Kontoinhaber

---

Nachname Kontoinhaber

---

Geburtsdatum

---

Straße, Hausnummer

---

PLZ, Ort,

---

Kreditinstitut

---

IBAN

---

BIC

---

bzw. Kontonummer

---

BLZ

Die Biometric Underwriting GmbH wird von mir (uns) ermächtigt, dieses SEPA-Lastschriftmandat ggf. um die notwendigen Angaben zu IBAN und/oder BIC zu ergänzen.

---

Ort, Datum Unterschrift(en)