

**Antrag  
Basler PrivatRente Invest**

**Antragsteller / Versicherungsnehmer**

Herr  Frau Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Jetzige Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Auszubildender  Student  Arbeitnehmer  selbstständig seit \_\_\_\_\_  Beamter  öffentlicher Dienst

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**Zu versichernde Person** (falls nicht Antragsteller / Versicherungsnehmer)

Herr  Frau Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Jetzige Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Auszubildender  Student  Arbeitnehmer  selbstständig seit \_\_\_\_\_  Beamter  öffentlicher Dienst

**Mitversicherte Person** (nur bei Einschluss der Beitragsversicherung bei Tod bzw. Beitragsübernahme bei Berufsunfähigkeit)

Herr  Frau Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Jetzige Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Auszubildender  Student  Arbeitnehmer  selbstständig seit \_\_\_\_\_  Beamter  öffentlicher Dienst

**Versicherungsbeginn / Beitragszahlung**

0 1 2 0 \_\_\_\_\_ Zahlungsweise monatlich,  davon abweichend:  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

**Basler PrivatRente Invest Vario nach Tarif**

\_\_\_\_\_ FRN Beitragsaufteilung: \_\_\_\_\_ % (10% – 100%) des Anlagebeitrags in die \_\_\_\_\_ % (0% – 90%) des Anlagebeitrags im unter Fondsauswahl aufgeführten Fonds konventionellen Garantievermögen

Ablauf der Beitragszahlung mit \_\_\_\_\_ Jahren Beginn der flexiblen Auszahlungsphase mit \_\_\_\_\_ Jahren Todesfallschutz: Maximum aus Beitragsrückgewähr/Fondsvermögen  Partnervorteil/Bündelrabatt

**Dynamische Anpassung**

Eine jährliche Anpassung von 5% ist vereinbart Alternativ \_\_\_\_\_ % (6% bis 10%)  keine dynamische Anpassung

Überschusssystem nach Rentenbeginn: Zuwachsrente, davon abweichend:  Dynamikrente  Aktivrente

Rentengarantiezeit: 15 Jahre, davon abweichend: \_\_\_\_\_ Jahre **Zu zahlender Beitrag** \_\_\_\_\_ EUR

Optional: Investitionsoptimierung (nur für Zuzahlung) \_\_\_\_\_ Monate **Zuzahlung zu Beginn** \_\_\_\_\_ EUR

**Optional:**  Beitragsversicherung bei Tod der mitversicherten Person (In den ersten drei Jahren erfolgt eine Leistung nur bei Unfalltod) Dauer der Beitragsversicherung \_\_\_\_\_ Jahre

**Optional:**  Beitragsübernahme bei Berufsunfähigkeit der mitversicherten Person Dauer der Beitragsübernahme \_\_\_\_\_ Jahre Berufs-klasse \_\_\_\_\_

Technischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten) \_\_\_\_\_ % Medizinischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten) \_\_\_\_\_ %

Tarifbeitrag \_\_\_\_\_ EUR **Zu zahlender Beitrag Zusatzversicherung** \_\_\_\_\_ EUR

1. Haben Sie als mitversicherte Person in den letzten 12 Monaten geraucht? (z. B. Zigaretten, Zigarillos, E-Zigarette oder auch andere nikotinhaltige Produkte)  ja  nein

2. Haben Sie für Ihren aktuell ausgeübten Beruf die entsprechende Ausbildung?  ja  nein

3. Wie hoch ist der Anteil der Bürotätigkeit ohne Reisetätigkeit an Ihrer Arbeit? in Prozent \_\_\_\_\_

4. Haben Sie einen akademischen Abschluss (Diplom, Bachelor, Master, Magister, Staatsexamen o. ä.)?  ja  nein

5. Für wie viele sozialversicherte Vollzeit-Mitarbeiter tragen Sie Personalverantwortung? Anzahl Personen \_\_\_\_\_

**Zu zahlender Gesamtbeitrag** \_\_\_\_\_ EUR

**Bitte beantworten Sie als mitversicherte Person bei Einschluss der Beitragssicherung/Beitragsübernahme die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß, um Ihren Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Bei einem Monatsbeitrag von über 100 Euro für die Hauptversicherung bitte die Anlage zum Antrag (BAL 8447) sowie das BAL 0100 (Schweigepflichtentbindungserklärung) ausfüllen.**

1. Sind oder waren Sie in den letzten 2 Jahren mehr als zwei Wochen zusammenhängend nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen?  ja  nein

Wenn ja, von wann bis wann und weshalb:

2. Sind Sie in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Flugsport aller Art, Motorsport, Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?  ja  nein

Art der Gefahren

**Bitte die entsprechende Zusatzklärung beifügen.**

3. Erhalten oder erhielten bzw. beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit/Dienstunfähigkeit oder körperlicher Schäden (ggf. Rentenbescheidabschrift – Begründungsteil mit Versehrtenstufe – beifügen) und/oder besitzen oder beantrag(t)en Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid vor?  ja  nein

**Bezugsberechtigter im Erlebensfall ist die versicherte Person:** Davon abweichend:  Versicherungsnehmer  die hier genannte Person:  
Vor-, Nachname  Geburtsdatum

**Bezugsberechtigter im Todesfall der versicherten Person:**  Versicherungsnehmer  die hier genannte Person:  
Vor-, Nachname  Geburtsdatum

**Fonds Auswahl** (Bitte beachten Sie die Erläuterungen und Hinweise zur Fonds Auswahl)

| Anlagepaket:               | Aufteilung | ISIN |
|----------------------------|------------|------|
| Individuelle Fonds Auswahl |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |
|                            |            | %    |

**Re-Balancing** des freien Fondsvermögens 1 x jährlich gewünscht?  ja

**SEPA-Lastschriftmandat**

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| <b>Zahlungsempfänger:</b> | Basler Lebensversicherungs-AG<br>Basler Sachversicherungs-AG | Gläubiger ID: DE81ZZZ00000243242<br>Gläubiger ID: DE87ZZZ00000243328 |
|---------------------------|--|--|

**Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie von uns mit der nächsten Korrespondenz.  
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.  
Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der SEPA-Lastschrifteinzug wird nach Änderung des Betrags oder der Fälligkeit spätestens 5 Kalendertage im Voraus angekündigt.

**Angaben zum Kontoinhaber**

Nachname/Firma

Vorname

Straße  Haus-Nr.

Postleitzahl  Wohnort

Telefonnummer für evtl. Rückfragen  Vorwahl  Telefon-Nr.

IBAN DE  (BLZ)  (Kontonummer)  BIC

Kreditinstitut

Ort  Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

Die vollständige Kopie eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses ist zwingend beizufügen!

**Wirtschaftlich Berechtigter**

Erläuterung: Wirtschaftlich Berechtigter ist die natürliche Person, auf deren Veranlassung der Vertrag letztlich zustande kommt. Der Versicherungsnehmer wird in diesem Sinne z. B. dann nicht als wirtschaftlich Berechtigter angesehen, wenn ein Dritter Beitragszahler oder im Erbensfall unwiderruflich bezugsberechtigt ist oder der Vertrag abgetreten werden soll (gilt nicht bei einer Sicherungsabtretung an ein Kreditinstitut). Der Vertragspartner ist gesetzlich verpflichtet, den wirtschaftlich Berechtigten zu offenbaren und dessen Identität nachzuweisen.

Der Versicherungsnehmer ist wirtschaftlich Berechtigter  ja  nein Wirtschaftlich Berechtigter ist:

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Ist der Versicherungsnehmer und/oder der wirtschaftlich Berechtigte ein Rechtsträger, d.h. eine juristische Person oder ein Rechtsgebilde (wie z.B. eine Kapitalgesellschaft, eine Personengesellschaft, ein Trust oder eine Stiftung), so ist die Zusatzklärung zum Geldwäschegesetz (GwG) sowie zur steuerlichen Ansässigkeit und AIA / FATCA Status von Rechtsträgern auszufüllen und dem Antrag beizufügen. Änderungen bei den Angaben nach dem GwG sind uns anzuzeigen.

**Steuerlicher Wohnsitz und US-Steuerpflicht von natürlichen Personen** (Bitte beachten Sie hierzu die Hinweise auf Seite 6 des Antrags)

Haben Sie als Versicherungsnehmer einen steuerlichen Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland?  ja  nein

Wenn ja: Beantworten Sie bitte die Zusatzklärung zum steuerlichen Wohnsitz von natürlichen Personen.

Ist eine der folgenden Personen eine „US-Person“ gemäß der Definition auf Seite 6 oder aus anderen Gründen in den USA unbeschränkt steuerpflichtig:

|   |   |   |
|---|---|---|
| - Sie als Versicherungsnehmer?            | - eine versicherte Person?                                | <input checked="" type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| - die für die Prämien aufkommende Person? | - eine begünstigte Person, die namentlich bezeichnet ist? |   |

**Erklärung zu Versicherungsbedingungen und -informationen**

Gem. § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes sind wir verpflichtet, Ihnen die erforderlichen Vertragsbestimmungen vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung mitzuteilen. Damit soll Ihnen Gelegenheit gegeben werden, sich vor Abgabe Ihres Antrags mit den Einzelheiten des Vertrags vertraut zu machen.

**Empfangsbestätigung:**  
Das Basisinformationsblatt, die individuellen Vertragsinformationen sowie das Bedingungsheft für die Basler PrivatRente Invest Vario BAL 1487 Stand   /    
sowie die Seiten 1–7 dieses Antrags habe ich erhalten.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

**Besondere Vereinbarungen** Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Seiten 5 und 6 des Antrags. Diese enthalten Erläuterungen und Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zum Widerrufsrecht sowie Datenschutzhinweise/Ermächtigungen zur Datenverarbeitung. Die Schweigepflichtentbindungserklärung wird mit Zustandekommen des Versicherungsvertrags Vertragsbestandteil.**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)<br><input checked="" type="checkbox"/> | Unterschrift der zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)<br><input checked="" type="checkbox"/> |
| Unterschrift des gesetzlichen Vertreters<br><input checked="" type="checkbox"/>               | Unterschrift der mitversicherten Person<br><input checked="" type="checkbox"/>  |
| Unterschrift des Vermittlers<br><input checked="" type="checkbox"/>                           | Werber-Nummer<br>_____  |

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Antragsteller/Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

# Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Antragsteller/Versicherungsnehmer/zu versichernde Person

Nachname

Vorname

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 Basler Lebensversicherungs-AG, 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 Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, unter anderem an den Betreiber des Hinweis- und Informationssystems HIS weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrags in der Basler Lebensversicherungs-AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrags in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die Basler Lebensversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Basler Lebensversicherungs-AG (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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 die Basler Lebensversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Basler Lebensversicherungs-AG 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 Versicherungsvertrags erforderlich ist.

## 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Basler Lebensversicherungs-AG

Die Basler Lebensversicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Die Basler Lebensversicherungs-AG führt 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 überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 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.basler.de](http://www.basler.de) eingesehen oder bei der Basler Lebensversicherungs-AG, 22797 Hamburg, Tel. 040 3599 7711 oder unter [kunde@basler.de](mailto:kunde@basler.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 die Basler Lebensversicherungs-AG 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 die Basler Lebensversicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 2.2. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem HIS

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Die Basler Lebensversicherungs-AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die Basler Lebensversicherungs-AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

### 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. 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 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 die Basler Lebensversicherungs-AG 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 z. B. zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

## 3. 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. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 2.2.). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Basler Lebensversicherungs-AG 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.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

X

Unterschrift der zu versichernden Person  
(falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

X

bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit,  
frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Unterschrift der mitversicherten Person  
(falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

X

## Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht / Hinweise auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Um Ihnen Versicherungsschutz bieten zu können, bitten wir Sie, die im Rahmen der Antragsaufnahme gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Sie ermöglichen uns damit die Beurteilung des von uns zu übernehmenden Versicherungsrisikos.

### Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung 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.

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

#### 1. Rücktritt und 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 Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie einen Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

#### 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. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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 Gefahrabsicherung 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 schriftlich 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 die 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 Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere 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. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist 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 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 Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) 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: Basler Lebensversicherungs-AG, 22797 Hamburg, Faxnummer: 040 3599 3636, E-Mail-Anschrift: kunde@basler.de

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags bzw. 1/30 des Monatsbeitrags multipliziert mit der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat. Die Höhe des zu zahlenden Beitrags entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. Ihrer individuellen Vertragsinformation. Den Rückkaufwert einschließlich der Überschussanteile nach § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes zahlen wir Ihnen aus. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem 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.

### Ende der Widerrufsbelehrung

Basler Lebensversicherungs-AG | Sitz der Gesellschaft: Hamburg | Amtsgericht Hamburg, HRB 4659 | USt-ID-Nr. DE 811180990  
Vorstand: Dr. Jürg Schiltknecht – Vorsitzender, Maximilian Beck, Ralf Stankat, Julia Wiens, Christoph Willi  
Aufsichtsratsvorsitzender: Peter Zutter | Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg | Internet: www.basler.de | E-Mail: kunde@basler.de

## Datenschutzhinweise / Ermächtigungen zur Datenverarbeitung

1. Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrags, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir 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. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter [www.basler.de](http://www.basler.de) abrufen können. Ebenfalls im Internet abrufen können Sie Listen der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen ([www.basler.de](http://www.basler.de)). Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gern einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus oder übersenden ihn auf Wunsch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an Kundenmanagement Leben, Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg, Tel: 040 3599 7711, E-Mail: [kunde@basler.de](mailto:kunde@basler.de)  
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 Kundenmanagement Leben, Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg, Tel: 040 3599 7711, E-Mail: [kunde@basler.de](mailto:kunde@basler.de)
2. Ihre personenbezogenen Daten werden ohne Ihre ausdrückliche Einwilligung zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Basler Versicherungen und deren Kooperationspartner sowie zur Markt- und Meinungsforschung unseres Unternehmens verwendet. Dem können Sie jederzeit formlos widersprechen.
3. Damit Sie auch von den anderen Unternehmen unserer Gruppe gemäß der unter Ziffer 1 genannten Liste sowie deren zuständigen Außendienstmitarbeitern in allen Fragen der Finanzdienstleistungen (z. B. Versicherungen, Bauspar- und Baufinanzierungsprodukte, Fonds- und andere Finanzanlagen) umfassend beraten werden können, erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift unter dem Versicherungsantrag zudem damit einverstanden, dass wir den betreffenden Unternehmen bzw. deren zuständigen Außendienstmitarbeitern die für die Kontaktaufnahme und Durchführung der Beratung erforderlichen Angaben zur dortigen Datenverarbeitung und Nutzung übermitteln.  
**Übermittelt werden dürfen (einzelne Datenkategorien können gestrichen werden):**
  - Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Familienstand, Beruf oder vergleichbare Daten)
  - Vertragsdaten (Versicherungsdauer, Versicherungssumme, versichertes Risiko, Leistungsumfang, Risikoorte oder vergleichbare Daten)**In diesem Rahmen entbinden Sie uns zugleich von unserer Verschwiegenheitspflicht. Gesundheitsdaten werden von uns in diesem Zusammenhang nicht übermittelt.**  
Gleichzeitig stimmen Sie zu, dass die betreffenden Unternehmen die erhaltenen Daten zur Markt- und Meinungsforschung nutzen.  
**Die vorstehenden Erklärungen sind freiwillig und können ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.**
4. Ferner willigen Sie ein, dass wir zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung Informationen zu Ihrem Zahlungsverhalten sowie Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden Baden beziehen. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Bitte beachten Sie jedoch, dass Bonitätsabfragen auf gesetzlicher Grundlage in jedem Fall zulässig bleiben!

### Hinweise zum steuerlichen Wohnsitz und „US-Person“ für natürliche Personen

#### Definition steuerlicher Wohnsitz

Unter steuerlichem Wohnsitz wird der Staat verstanden, an dem Sie als natürliche Person unbeschränkt steuerpflichtig sind. Der steuerliche Wohnsitz stimmt in der Regel mit dem (Haupt)Wohnsitzstaat überein. (Eine Ferienwohnung in einem anderen Staat löst nur eine beschränkte Steuerpflicht aus und ist hier nicht relevant). Nur in Ausnahmefällen besteht in mehreren Staaten ein steuerlicher Wohnsitz.

#### Definition „US-Person“

Als „US-Person“ gelten insbesondere:

- a. US-Staatsbürger (inklusive doppelter oder mehrfacher Staatsangehörigkeit).
- b. Personen mit Wohnsitz in den USA.
- c. Personen mit einer permanenten Aufenthaltsbewilligung für die USA (z. B. Greencard).
- d. Personen, die sich längere Zeit in den USA aufhalten bzw. aufgehalten haben, d. h.:
  - im laufenden Kalenderjahr mindestens 31 Tage und
  - im laufenden und in den beiden vorausgehenden Kalenderjahren insgesamt mehr als 183 Tagen. Es gilt folgende Zählweise: Tage des laufenden Jahres werden voll, Tage des letzten Jahres zu einem Drittel, Tage des vorletzten Jahres zu einem Sechstel gezählt.
- e. eine Gesellschaft, die ihren Sitz in den USA hat oder in den USA eingetragen ist.

Eine „Nicht-US-Person“ kann aus einem anderen Grund in den USA unbeschränkt steuerpflichtig sein (z.B. Doppelwohnsitz, gemeinsame Steuererklärung mit einer „US-Person“ [z. B. als Ehepartner], Nachwirkung eines Verzichts auf US-Staatsbürgerschaft oder auf Aufenthaltsbewilligung nach langfristigen Aufenthalt, andere Gründe).

#### Mitteilungspflicht

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Basler umgehend mitzuteilen, wenn sich sein steuerlicher Wohnsitz ändert. In diesem Fall ist er verpflichtet, der Basler eine neue Selbstauskunft abzugeben. Ebenso muss der Basler mitgeteilt werden, wenn der Versicherungsnehmer „US-Person“ wird oder aus anderen Gründen in den USA unbeschränkt steuerpflichtig wird oder (umgekehrter Fall) wenn der Versicherungsnehmer nicht mehr in den USA unbeschränkt steuerpflichtig ist.

#### Mitwirkungspflicht

Haben sich nach Vertragsabschluss Indizien einer Änderung des steuerlichen Wohnsitzes, einer US-Steuerpflicht, oder einer Änderung des AIA/FATCA-Status gezeigt, muss die Basler abklären, ob diese Änderungen beim Versicherungsnehmer tatsächlich vorliegen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, an dieser Abklärung mitzuwirken und weitere involvierte Personen zur Mitwirkung anzuhalten. Die Mitwirkungspflicht beinhaltet insbesondere, Fragen der Basler wahrheitsgetreu zu beantworten und eine neue Selbstauskunft abzugeben.

#### Meldung an die Steuerbehörden

In bestimmten Fällen ist die Basler rechtlich verpflichtet, Kunden- und Vertragsinformationen den Steuerbehörden zu übermitteln. Davon sind insbesondere Kunden und anspruchsberechtigte Personen mit ausländischem steuerlichen Wohnsitz oder einer US-Steuerpflicht betroffen.

Falls Sie als Versicherungsnehmer, Prämienzahler oder namentlich begünstigte Person Rechtsträger sind, so ist die Zusatzklärung zum Geldwäschegesetz (GwG) sowie zur steuerlichen Ansässigkeit und zum AIA/FATCA-Status von Rechtsträgern auszufüllen und dem Antrag beizufügen.

## **Hinweise zum Beschwerdemanagement**

Sollten Sie im Rahmen der Antragstellung oder im Zusammenhang mit dem hierauf geschlossenen Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung unzufrieden sein, so können Sie sich jederzeit an uns wenden:

Sie können uns gerne anrufen. Unsere Rufnummer und Servicezeiten sind: 040 3599 7711; Mo – Fr von 8 – 18 Uhr

Selbstverständlich können Sie uns auch schriftlich oder elektronisch kontaktieren. Ihr Schreiben / Ihre Mitteilung richten Sie bitte an: Basler Lebensversicherungs-AG, Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg; E-Mail: kunde@basler.de

Um Ihr Anliegen schnell und umfassend zu bearbeiten, bitten wir Sie um folgende Informationen: Name, Adresse, Telefonnummer, Versicherungs- oder Schadennummer, und Schilderung Ihres Anliegens. Sollte eine abschließende Bearbeitung innerhalb von 5 Arbeitstagen nicht möglich sein, so werden wir Sie darüber in einem Zwischenbescheid informieren.

## **Zuständiger Ombudsmann bzw. Aufsichtsbehörde**

Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, [www.bafin.de](http://www.bafin.de)