

## Antrag Basler Berufsunfähigkeitsversicherung

(Höchsteintrittsalter 30. Lebensjahr sowie bis max. 2.000 EUR gar. mtl. Berufsunfähigkeitsrente)

### 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

### Versicherungsbeginnn/ Beitragszahlung

0 1 2 0

Zahlungsweise monatlich,  
davon abweichend:  vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

### Haben Sie als zu versichernde Person in den letzten 12 Monaten geraucht?

(z. B. Zigaretten, Zigarillos, E-Zigarette oder auch andere nikotinhaltige Produkte)

ja  nein

**Basler Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarif BP)**  **Basler Berufsunfähigkeitsversicherung mit jährlicher Leistungsdynamik (Tarif BPL)**  
 mit einer jährlichen Anpassung von 3% alternativ  5%  keine automatische Erhöhung  
 garantierte monatliche Berufsunfähigkeits-Rente \_\_\_\_\_ EUR Ablauf der Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer mit \_\_\_\_\_ Jahren Ablauf der Leistungsdauer mit \_\_\_\_\_ Jahren  
 Berufs-klasse \_\_\_\_\_ Technischer Zuschlag \_\_\_\_\_ % Medizinischer Zuschlag \_\_\_\_\_ % Überschussystem: Beitragsreduktion  
 PflegeSchutz  ArbeitsunfähigkeitsSchutz Tarifbeitrag \_\_\_\_\_ EUR **Zu zahlender Beitrag** \_\_\_\_\_ EUR  
 Einschluss KrankheitenSchutz (Tarif DD) – Ablauf Beitragszahlungs- und Versicherungsdauer: wie Versicherungsdauer Berufsunfähigkeits-Rente  
 Überschussystem: Beitragsreduktion Tarifbeitrag (DD) \_\_\_\_\_ EUR **Zu zahlender Beitrag (DD)** \_\_\_\_\_ EUR  
**Zu zahlender Gesamtbeitrag** \_\_\_\_\_ EUR

### Bezugsberechtigt im Leistungsfall ist der Versicherungsnehmer.

Abweichend hiervon  Versicherte Person  die hier genannte Person

Vor-, Nachname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Falls nachstehend gestellte Fragen nicht richtig und/oder nicht vollständig beantwortet werden, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren oder später Vertragsanpassungen, auch rückwirkend, notwendig werden. Dies betrifft auch Umstände, denen Sie nur eine geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Erläuterungen und Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht auf Seite 4 des Antrags.**

### (A) Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person

- Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?  
 ja  nein Land, Zeitraum, Zweck \_\_\_\_\_
- Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt
  - im Beruf (z. B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?  
 ja  nein Art der Gefahren? \_\_\_\_\_
  - in der Freizeit (z. B. Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Flugsport aller Art, Motorsport, Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?  
 ja  nein Art der Gefahren? \_\_\_\_\_

**(B)**

1. Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen? \_\_\_\_\_ EUR/Jahr
2. Haben Sie für Ihren aktuell ausgeübten Beruf die entsprechende Ausbildung?  ja  nein
3. Wie hoch ist der Anteil der Bürotätigkeit, die am Schreibtisch ausgeübt wird? \_\_\_\_\_ in Prozent  ja  nein
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 \_\_\_\_\_
6. Bestehen für Sie weitere Absicherungen, Anwartschaften oder Ansprüche aus nicht gesetzlichen Rentenabsicherungen, Ansprüche aus berufsständischen Versorgungswerken oder Ähnliches?  ja  nein bei \_\_\_\_\_ in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR/Jahr

**(C) Gesundheitserklärung der zu versichernden Person**

Wir weisen darauf hin, dass die Auflistung der Beispielerkrankungen/-behandlungen keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt! Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen.

1. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe in cm \_\_\_\_\_ Gewicht in kg \_\_\_\_\_

**Abfragezeitraum 12 Monate:**

2. a) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 12 Monaten häufig oder regelmäßig (z.B. einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) apothekenpflichtige Medikamente (z. B. Salben, Sprays, Tabletten außer der Pille, Spritzen) oder wurden Ihnen solche verordnet?  ja  nein
- b) Sind oder waren Sie in den letzten 12 Monaten mehr als zwei Wochen zusammenhängend nicht in der Lage Ihrer schulischen, studentischen oder beruflichen Tätigkeit nachzugehen?  ja  nein

**Abfragezeitraum 3 Jahre:**

Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 3 Jahren Erkrankungen oder Beschwerden der folgenden Punkte haben/hatten und/oder sich deswegen in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Untersuchung befinden/befunden haben.

3. a) Schmerzen, Missempfindungen (z. B. Migräne, Spannungskopfschmerz, behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, dauerhafter Gelenkschaden, Arthrose, Knochenbrüche, Taubheitsgefühle, behandlungsbedürftige Bauchschmerzen, Verletzungen der Gelenke)  ja  nein
- b) Funktionseinschränkungen und/oder Funktionsstörungen (z. B. chronische Durchfälle, chronische Verstopfung, Fehlsichtigkeit von mehr als -8 Dioptrien, dauerhafte Hörminderungen, angeborener Herzfehler)  ja  nein
- c) Störungen der psychischen Leistungsfähigkeit und der Psyche (z. B. ADHS, Essstörung, psychosomatische Störung, Angststörung, Selbstmordversuch, Depression)  ja  nein
- d) Störungen der Haut- und/oder der Atemwegsfunktion (z. B. wiederkehrende Hautausschläge, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautunverträglichkeiten, Asthma, dauerhafter Husten, allergische Reaktionen der Haut, allergische Reaktionen der Atemwege, allergische Reaktionen der Lunge)  ja  nein

**Abfragezeitraum 5 Jahre:**

Bitte geben Sie an, ob Sie in den letzten 5 Jahren Erkrankungen oder Beschwerden der folgenden Punkte haben/hatten und/oder sich deswegen in ärztlicher Behandlung, Beratung oder Untersuchung befinden/befunden haben.

4. a) Erkrankungen des Immunsystems (z. B. wiederkehrende Gelenkentzündungen, Rheuma, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, Lupus erythematoses, Morbus Still)  ja  nein
- b) schwere Infektionen (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV)  ja  nein
- c) gutartige und/oder bösartige Neubildungen (Tumorerkrankungen) (z. B. Leukämie, auffälliger/kontrollpflichtiger Befund beim Haut- oder Frauenarzt)  ja  nein
5. Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel?  ja  nein
6. Wurden Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einer Entzugsklinik oder einer anderen stationären Einrichtung der medizinischen Versorgung beraten, behandelt oder untersucht? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten gemacht werden)  ja  nein
7. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie unter Abschnitt (C) mit „ja“ beantwortet haben (z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. b) Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

### Zahlungsempfänger:

Basler Lebensversicherungs-AG  
Basler Sachversicherungs-AG

Gläubiger ID: DE81ZZZ00000243242  
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.

Kreditinstitut  BIC

IBAN

Ort  Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

### 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 Produktinformationsblatt, die individuellen Vertragsinformationen sowie

das Bedingungsheft Basler Berufsunfähigkeitsversicherung BAL 1545 Stand

sowie die Seiten 1 – 8 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 4 bis 8 des Antrags mit den Erläuterungen und Hinweisen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zum Widerrufsrecht, zu den Datenschutzhinweisen/Ermächtigungen zur Datenverarbeitung sowie zum vorläufigen Versicherungsschutz. Bitte fügen Sie das Formular BAL 0100 (Schweigepflichtentbindungserklärung) diesem Antrag bei. Es wird mit Zustandekommen des Versicherungsvertrags Vertragsbestandteil.**

**Ich bestätige, dass ich weder als US-Person gelte noch aus anderen Gründen in den USA unbeschränkt steuerpflichtig bin. Weiterhin gelte ich auch nicht als passive Non-Financial Foreign Entity mit unbeschränkt US-steuerpflichtiger beherrschender Person. Diese Aussage trifft auch auf wirtschaftlich Berechtigte bzw. beherrschende Personen, die Versicherten und namentlich genannte begünstigte Personen zu. Bitte beachten Sie hierzu die Hinweise auf Seite 8 des Antrags.**

Ort  Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

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

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Vermittlers

Werber-Nummer

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.

## 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: Dr. Thomas Sieber | Ludwig-Erhard-Straße 22, 20459 Hamburg | Internet: www.basler.de | E-Mail: kunde@basler.de

## Datenschutzhinweise

Das Verarbeiten Ihrer personenbezogenen Daten ist wichtige Voraussetzung für das Anbieten optimalen Versicherungsschutzes durch uns.

Der Schutz Ihrer Privatsphäre ist uns dabei wichtig.

Mit diesen Hinweisen wollen wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Basler Lebensversicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte informieren.

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Basler Lebensversicherungs-AG  
Ludwig-Erhard-Str. 22  
20459 Hamburg  
Telefon: 040 3599 7711  
Fax: 040 3599 3636  
E-Mail: kunde@basler.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@basler.de

### Allgemeines zur Datenverarbeitung

Wir verarbeiten u. a. folgende für den Vertragsabschluss sowie die Vertrags- und Leistungsabwicklung relevante personenbezogene Daten:

- Angaben zu Ihrer Person (z. B. Namen, Geburtsdatum)
- Kontaktdaten (z. B. Adresse, Telefonnummer, Mailadresse)
- Angaben zur Bankverbindung zur Abwicklung der späteren Zahlungen
- Versicherungsproduktspezifische Angaben zur Berechnung der Versicherungsprämie (wie Eintrittsalter, Beruf o. ä.)
- Angaben zu Vorversicherungen

In erster Linie werden dabei die von Ihnen übermittelten Angaben und später gegebenenfalls ergänzenden Angaben aus dem Leistungsantrag verarbeitet.

Um Ihnen einen bestmöglichen Service anzubieten und um Sie optimal beraten zu können, erhalten wir auch von Dritten personenbezogene Daten, die für den Vertragsabschluss erforderlich sind (z. B. Amtsstellen, Vor- und Rückversicherer). Nähere Informationen finden Sie in den weiteren Hinweisen.

### 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 oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Website: <https://www.basler.de/hinweise/datenschutz.html>

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur für die Zwecke verwendet, zu welchen Sie uns Ihre Einwilligung erteilt haben oder zu denen wir gesetzlich verpflichtet oder berechtigt sind.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

### Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bestehenden Verträge mit dem Verantwortlichen oder einer Gesellschaft, die an einer gemeinsamen Datenverarbeitung teilnimmt (hierzu finden Sie im Punkt „Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe“ weitere Informationen), nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung und zur Erfüllung unserer versicherungsvertraglichen Pflichten, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese 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, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO. Diese können Sie an gesonderter Stelle, auf die wir Sie hinweisen werden, abgeben. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Basler Versicherungen und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Soweit die Durchführung von Werbemaßnahmen nur mit Ihrer Einwilligung möglich ist, können Sie diese an gesonderter Stelle, auf die wir Sie hinweisen werden, abgeben.

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.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Antrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu eingesetzten Rückversicherern können Sie unter folgenden Kontaktinformationen anfordern:

<https://www.munichre.com/de/service/information-gdpr/index.html>  
[http://www.swissre.com/privacy\\_policy.html](http://www.swissre.com/privacy_policy.html)

#### Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen. Sie erhalten hierzu gesondert weitere Informationen, falls wir Ihre Daten an einen Sie betreuenden Vermittler übermitteln.

#### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.basler.de/hinweise/datenschutz.html> finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

#### Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter <https://www.basler.de/hinweise/datenschutz.html> entnehmen.

#### Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

#### **Dauer der Datenspeicherung**

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind und keine Archivierungspflichten bestehen. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

#### **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. Wir werden sämtliche Ihrer Rechte entsprechend den Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze beachten.

#### **Widerspruchsrecht**

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken des Profiling, der statistischen Verarbeitung oder der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung allgemein widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

#### **Beschwerderecht**

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

#### **Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft**

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu finden Sie in den beiliegenden Hinweisen zum HIS oder auf diesen Websites: [www.informa.irfp.de](http://www.informa.irfp.de) oder [www.gdv.de/his](http://www.gdv.de/his).

#### **Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer**

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

#### **Bonitätsauskünfte**

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden Baden, Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

#### **Datenübermittlung in ein Drittland**

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie hier: <https://www.basler.de/hinweise/datenschutz.html>. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

#### **Automatisierte Einzelfallentscheidungen**

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

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen) entscheiden wir vereinzelt vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung zum Beispiel der folgenden Informationen: Eintrittsalter, Versicherungsdauer, Beruf etc.

Sie haben das Recht, nicht einer ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung – einschließlich Profiling – beruhenden Entscheidung unterworfen zu werden und können im Falle einer solchen automatisierten Einzelfallentscheidung von uns eine nicht-automatisierte Entscheidung im Einzelfall fordern.

#### **Anhang**

#### **Unternehmen der Basler Versicherungen in Deutschland, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen und Ihre Stammdaten (z. B. Name, Anschrift) in gemeinsamen Datenbanken verarbeiten**

Basler Lebensversicherungs-AG  
Basler Sachversicherungs-AG  
Basler Versicherung AG Direktion für Deutschland  
Basler Financial Services GmbH



## Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Art. 13 und 14 DSGVO

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Leistungsbearbeitung Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage) können. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem meldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: [www.informa-his.de](http://www.informa-his.de).

### Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

Die informa HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft. Sie verarbeitet darin personenbezogene Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und Leistungsfällen zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Leistungsfalles bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

### Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f. DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die informa HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrages oder über die Regulierung von Leistungsfällen. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

### Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

### Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage oder der HIS-Einmeldung werden von der informa HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage oder Einmeldung mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) sowie das anfragende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung, über die Sie gegebenenfalls von dem Versicherungsunternehmen gesondert informiert werden, speichert die informa HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwernissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

### Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit.

Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für die Speicherfristen bei HIS-Einmeldungen gilt:

- Personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen 10 Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

### Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Art. 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die informa HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sog. Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die informa HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der informa HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: [www.informa-HIS.de/selbstauskunft/](http://www.informa-HIS.de/selbstauskunft/) bei der informa HIS GmbH beantragen.

Kontaktdaten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten:

informa HIS GmbH  
Kreuzberger Ring 68  
65205 Wiesbaden  
Telefon: 0611/880 870-0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der informa HIS GmbH ist zudem unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar:

[his-datenschutz@informa.de](mailto:his-datenschutz@informa.de).

### **Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten zur Beratung (Werbeeinwilligung)**

Damit Sie von uns oder den anderen Unternehmen unserer Gruppe, die an einer gemeinsamen Datenverarbeitung teilnehmen sowie 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 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):

1. Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Familienstand, Beruf oder vergleichbare Daten)
2. Vertragsdaten (Versicherungsdauer, Versicherungssumme, versichertes Risiko, Leistungsumfang, Risikoorte oder vergleichbare Daten)

In diesem Rahmen entbinden Sie uns zugleich von unserer Verschwiegenheitspflicht.

Gleichzeitig stimmen Sie zu, dass die betreffenden Unternehmen die erhaltenen Daten zur Markt- und Meinungsforschung nutzen dürfen.

Die vorstehenden Erklärungen sind freiwillig und können ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

### **Vorläufiger Versicherungsschutz**

Wir gewähren Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz ab dem Tag, an dem der Antrag bei uns eingeht. Es gelten die Bedingungen zum vorläufigen Versicherungsschutz BAL 8450.

#### **Hinweise zur US-Erklärung:**

##### **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 Tage. 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 langfristigem Aufenthalt, andere Gründe).

Rechtsträger sind eine passive Non-Financial Foreign Entity, wenn sie nicht Finanzinstitut sind, nicht in den USA ansässig sind, ihre passiven Einkünfte mehr als 50 % der Bruttoeinkünfte ausmachen und mehr als 50 % ihrer Anlagen solche sind, die für die Produktion oder das Halten von passiven Einkünften gedacht sind. Beherrschende Person ist dabei diejenige natürliche Person, welche die Kontrolle über ein Unternehmen ausübt.

Falls Sie als Versicherungsnehmer künftig Ihren Wohnsitz in die USA verlegen sollten, müssen Sie uns eine Kontaktadresse außerhalb der USA bekanntgeben. Auf behördliche Anforderung im Rahmen der Rechtsordnung können wir Daten an die lokalen bzw. ausländischen Steuerbehörden weitergeben.

#### **Genetische Untersuchungen**

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden. Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 EUR oder eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR vereinbart werden.

#### **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)



## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

zum/r Versicherungsantrag/Anfrage vom:

Versicherungsnehmer/in

Herr

Frau

Firma

Geburtsdatum

Nachname

Vorname

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

Herr

Frau

Geburtsdatum

Nachname

Vorname

Mitversicherte Person (falls nicht Antragsteller)

Herr

Frau

Geburtsdatum

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 geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, unter anderem IT- oder Druck-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch die Basler Lebensversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Basler Lebensversicherungs-AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

#### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser 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 Basler Lebensversicherungs-AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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 zehn Jahren vor Antragstellung an die Basler Lebensversicherungs-AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Basler Lebensversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Basler Lebensversicherungs-AG 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, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

### **Möglichkeit II:**

- Ich wünsche, dass mich die Basler Lebensversicherungs-AG in jedem Einzelfall informiert, 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 die Basler Lebensversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Basler Lebensversicherungs-AG einwillige
  - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Basler Lebensversicherungs-AG 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 zehn Jahre nach Vertragsschluss.

## **2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Basler Lebensversicherungs-AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

### **Möglichkeit I:**

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

### **Möglichkeit II:**

- Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

## **3. 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.

### **3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Basler Lebensversicherungs-AG 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 Basler Lebensversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Basler Lebensversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### **3.2. 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 Basler 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 Basler Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### **3.3. 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 oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung 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 Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

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 die Basler Lebensversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die 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 (siehe unter Ziff. 2.1.).

### 3.5. 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 an den neuen Vermittler 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 zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

## 4. 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 3.4.). 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

Unterschrift der mitversicherten Person  
(falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

X

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

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

X