

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

Versicherungsbeginn/
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)

mit einer jährlichen Anpassung von 3%

alternativ 5%
 keine automatische Erhöhung

 Basler Berufsunfähigkeitsversicherung Einsteiger (Tarif BPS) (nur für Eintrittsalter 31–34 Jahre und/oder > 2000 EUR garantierte Monatsrente)
mit einer jährlichen Anpassung ab dem 7. Versicherungsjahr 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- _____ Technischer Zuschlag _____ %
 (im Beitrag bereits enthalten) Medizinischer Zuschlag _____ %
 (im Beitrag bereits enthalten) Partnervorteil/
 PflegeSchutz ArbeitsunfähigkeitsSchutz Tarifbeitrag _____ EUR Bündelrabatt Überschussystem:
 Beitragsreduktion Zu zahlender Beitrag _____ EUR

(Tarif BPS: Der reduzierte Anfangsbeitrag erhöht sich nach 5 Jahren von 60% auf 100%)

 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

1. Planen oder beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten Aufenthalte außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?

 ja nein Land, Zeitraum, Zweck _____

2. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt

a) im Beruf (z. B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?

 ja nein Art der Gefahren? _____

b) 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 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 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

Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeits-Rente über EUR 30.000: – Bitte Kopien der letzten 3 Steuerbescheide beifügen – Arztangabe unter C 9. b) erforderlich

Die Versicherung wird mit medizinischem Gesundheits-Check abgeschlossen. Falls ja, ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt C entbehrlich. ja nein

(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. 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
3. 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 5 Jahre:

4. Sind oder waren Sie aufgrund der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Therapeuten oder medizinischen Einrichtungen in Beratung, Behandlung, Untersuchung, wurde Ihnen dieses angeraten oder ist derartiges geplant? Bitte geben Sie auch Erkrankungen und Beschwerden unter den folgenden Punkten an, wenn Sie sich bis dato nicht in Behandlung, Beratung oder Untersuchung befunden haben:
- a) des Bewegungsapparates (z. B. behandlungsbedürftige Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall, Skoliose, dauerhafter Gelenkschaden, Arthrose, Gelenkverletzungen, Bänderrisse, Knochenbrüche) ja nein
 - b) der Psyche (z. B. Burnout-Syndrom, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Suizidversuch) ja nein
 - c) des Nervensystems und Gehirns (z. B. Schlaganfall, Migräne, Spannungskopfschmerz, Verletzungen des Gehirns, Lähmungen, Missempfindungen, Epilepsie) ja nein
 - d) der Augen und/oder der Ohren (z. B. Einschränkungen und Störungen der Sehfähigkeit oder des Gesichtsfeldes, Netzhautablösungen, Erhöhung des Augeninnendrucks, Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus, Einschränkungen und Störungen des Hörvermögens) ja nein
 - e) der Haut und/oder Allergien (z. B. Neurodermitis, endogenes Ekzem, Schuppenflechte, Psoriasis, Heuschnupfen, Kontaktallergien, Mehlstauballergie) ja nein
 - f) der Atemwege (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Funktionseinschränkungen der Lunge, Schlaf-Apnoe-Syndrom) ja nein
 - g) des Herzkreislaufsystems (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Embolien, Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzmuskelerkrankungen, Herzinfarkt, Krampfadern, Lymphödem) ja nein
 - h) des Stoffwechsels (z. B. Erhöhung der Blutfette, Diabetes, Über- und Unterfunktion der Schilddrüse) ja nein
 - i) der Verdauungsorgane (z. B. chronische Durchfälle, chronische Bauchschmerzen, Blut im Stuhl, Sodbrennen, Leberverergrößerungen) ja nein
 - j) der Nieren, Harn- und/oder Geschlechtsorgane (z. B. auffällige Nierenwerte, chronische Nierenentzündung, auffällige Urinbefunde, Prostatavergrößerung, kontrollpflichtige Veränderungen in Vorsorgeuntersuchungen) ja nein
 - k) des Blutes und/oder der blutbildenden Organe (z. B. Blutarmut, Blutbildungsstörungen, Vergrößerungen der Milz) ja nein
 - l) gutartige Tumore (z. B. Knoten, Wucherungen oder kontrollbedürftige Neubildungen (u. a. Brustknoten, Hautknoten, Meningeome, Adenome) und/oder bösartige Tumore (z. B. Hautkrebs, Brustkrebs, Lymphdrüsenkrebs, Schilddrüsenkrebs, Prostatakrebs, Blutkrebs) ja nein
5. Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? ja nein

Abfragezeitraum 10 Jahre:

6. Sind oder waren Sie aufgrund der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden in den letzten 10 Jahren bei Ärzten, Therapeuten oder medizinischen Einrichtungen in Beratung, Behandlung, Untersuchung, wurde Ihnen diese angeraten oder ist derartiges geplant?
- a) des Immunsystems (z. B. Rheuma, chronische Polyarthrit, Morbus Bechterew, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Multiple Sklerose, primär biliäre Zirrhose, Lupus erythematodes) ja nein
 - b) schwere Infektionen (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis) ja nein
7. Wurden Sie in den letzten 10 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

Ergänzende Angaben

8. Erhalten/erhielten oder beantrag(t)en Sie in den letzten 5 Jahren eine Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder aus anderen gesundheitlichen Gründen oder besitzen oder beantrag(t)en Sie einen Ausweis nach dem Behindertenrecht oder liegt Ihnen ein Feststellungsbescheid vor? (Wenn ja: bitte fügen Sie den Rentenbescheid mit Begründungsteil in Kopie bei) ja nein

9. 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).

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

9. b) Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?
Bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente über EUR 30.000,- ist die Angabe unentbehrlich.

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.

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Ort

Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

X

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 01 / 18

sowie die Seiten 1–6 dieses Antrags habe ich erhalten.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

X

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 und 5 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 5 des Antrags.

Ort

Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

X

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

X

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

X

Unterschrift des Vermittlers

X

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 unzweckmäßig 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: 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 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). 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
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
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!

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de