Antrag zur Gesundheitsprüfung

Bitte lesen Sie vor Beantwortung der Fragen die wichtigen Hinweise auf S. 10 (Merkblatt „Gesundheitsprüfung“).

Versicherten-Nr. _____ - ___

Name _____

Geburtsname _____

Geburtsdatum ___ . ___ . _____

Anschrift _____

Gesundheitsprüfung zum Antrag vom ___ . ___ . _____

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der beruflichen Gegebenheiten		
1.1	In welcher Branche sind Sie derzeit tätig?	_____ seit _____
1.2	Wie lautet Ihre jetzige Berufsbezeichnung?	
1.3	Welche Tätigkeiten üben Sie im Detail aus?	
1.4	Die Tätigkeit wird ausgeübt als:	❑ Angestellte/r ❑ Angestellte/r im öffentlichen Dienst ❑ Beamtin/Beamter ❑ Freiberuflich/selbstständig seit:_____
1.5	In welchem zeitlichen Umfang üben Sie Ihre Tätigkeit aus?	❑ Vollzeit ❑ Teilzeit _____ Std./Woche ❑ befristet bis _____ ❑ Maßnahme der Arbeitsagentur befristet bis: _____ ❑ Freiberuflich/selbstständig seit: _____ mit ___Vollzeitmitarbeitern ___Teilzeitmitarbeitern
1.6	Haben Sie Personalverantwortung? Anteil Büro-/ Reise-/ körperliche Tätigkeit?	❑ Nein ❑ Ja, für _____Mitarbeiter _____ % Büro- ___ % Reise- ____ % körperliche Tätigkeit
1.7	Üben Sie neben der oben genannten Tätigkeit andere Tätigkeiten gegen Entgelt aus?	❑ Nein ❑ Ja – **Welche?** _____
1.8	Gelten für Ihre Tätigkeit(en) Regelungen zum Gesundheits- oder Unfallschutz und/oder zur Arbeitssicherheit, wegen der bei Ihnen regelmäßig Vorsorge- und/oder Tauglichkeitsuntersuchungen durchgeführt werden?	❑ Nein ❑ Ja – **Welche?** _____ _____
1.9	Haben Sie **in den letzten 5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt oder ist ein Wechsel für die nächsten 12 Monate vorgesehen?	❑ Nein ❑ Ja - **Weshalb?** _____

BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G.
Sitz des Vereins: Berlin

BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V.
Sitz des Vereins: Berlin

BVV Pensionsfonds des Bankgewerbes AG
Sitz der Gesellschaft: Berlin

Kurfürstendamm 111 - 113
10711 Berlin
Telefon: 030 / 520 05 68 11
Telefax: 030 / 520 05 68 21
info@bvv.de
www.bvv.de

VSP0062 Antrag (Paket) Gesundheitsprüfung 27.03.2025

1.10	Einkommensangaben: Mein derzeitiges Jahreseinkommen beträgt Mein Einkommen im Vorjahr betrug Mein Einkommen im vorletzten Jahr betrug	Bitte geben Sie hier Ihr Einkommen aus selbstständiger bzw. nichtselbstständiger Tätigkeit an: Bruttoeinkommen ❑ unter 50.000 EUR jährlich ❑ zwischen 50.000 und 100.000 EUR jährlich ❑ über 100.000 EUR jährlich EUR _____ jährlich EUR _____ jährlich		
1.11	Haben Sie Ansprüche auf Leistungen bei Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit aus bereits bestehenden Absicherungen und/oder Versicherungsverträgen?	❑ Nein	❑ Ja	❑ Berufsunfähigkeit EUR _____ p.a. ❑ Erwerbsunfähigkeit EUR _____ p.a. ❑ Dienstunfähigkeit EUR _____ p.a. ❑ Kammerversorgung EUR _____ p.a.
Fragen an die zu versichernde Person bezüglich besonderer Gefährdungen und Gegebenheiten				
2.1	Üben Sie eine oder mehrere Sportart(en) aus?	❑ Nein	❑ Ja	**Welche?** _____ _____
	Nehmen Sie an sportlichen Wettkämpfen/Wettbewerben teil?	❑ Nein	❑ Ja	**Welchen?** _____ _____
Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der <u>derzeitigen</u> gesundheitlichen Gegebenheiten				
3.1	Bitte geben Sie hier Ihre derzeitigen Körpermaße an: _____cm _____kg			
3.2	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Zigaretten oder Zigarillos geraucht	❑ Nein	❑ Ja	❑ _____ Zigaretten pro Tag ❑ _____ Zigarillos pro Tag
	oder sind Sie Nichtraucher?	❑ Nein	❑ Ja	**Nichtraucher seit**: _____
3.3	Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen? Hierzu gehören u.a. Fehlbildungen, Einschränkungen nach operativen Eingriffen oder Unfällen, Amputationen, Verlust eines Auges.	❑ Nein	❑ Ja	Welche? _____ _____ _____
	Bestehen bei Ihnen Gesundheitsstörungen, die Anlass waren zur Beantragung oder Anerkennung einer Behinderteneigenschaft (MdE/GdB)?	❑ Nein	❑ Ja	❑ MdE ___ % seit _____ ❑ GdB ___ seit _____ Gründe für MdE, GdB _____ _____
	Besteht Wehrdienstbeschädigung (WDB)?	❑ Nein	❑ Ja	❑ WDB seit _____
	Wurde eine Pflegestufe anerkannt oder beantragt?	❑ Nein	❑ Ja	Pflegestufe _____ (I, II, III) ❑ beantragt ❑ anerkannt seit _____

	Besteht bei Ihnen ein positiver Test auf HIV-Infektion, Hepatitis B oder Hepatitis C	❑ Nein	❑ Ja	❑ positives Testergebnis: ❑ HIV ❑ Hepatitis B ❑ Hepatitis C
	oder warten Sie noch auf das Testergebnis?	❑ Nein	❑ Ja	❑ erwarte noch Testergebnis für ❑ HIV ❑ Hepatitis B ❑ Hepatitis C
3.4	Bitte geben Sie hier Ihren Hausarzt an (Name und Anschrift): _____ ❑ kein Hausarzt vorhanden; dann bitte Angabe des am besten informierten Behandlers oder des Krankenversicherers (Name, Ort): _____ _____ **Bitte beachten Sie, dass wir nicht notwendigerweise den von Ihnen angegebenen Behandler kontaktieren. Selbst wenn wir dies tun, bleiben Sie verpflichtet, uns alle Ihnen hier gestellten Fragen zu beantworten, damit wir die Ihnen bekannten Gefahrumstände bei der Entscheidung zur Risikoübernahme berücksichtigen können.**			
Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der innerhalb der letzten 5 Jahre gestellten Lebensversicherungsanträge				
4.1	Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre von Ihnen beantragte Versicherungen ❑ auf Ihr Leben ❑ auf Berufsunfähigkeit ❑ auf Erwerbsunfähigkeit ❑ auf den Pflegefall nur zu nicht normalen Bedingungen angenommen, abgelehnt, zurückgestellt oder wurde über solche Anträge noch nicht entschieden?	 ❑ Nein ❑ Nein ❑ Nein ❑ Nein	 ❑ Ja ❑ Ja ❑ Ja ❑ Ja	❑ Ablehnung ❑ nicht normale Bedingungen (z. B. Zuschlag, Klausel) ❑ Zurückstellung für ____ Jahre ❑ noch nicht entschieden **Gesellschaft:** _____ _____ **Im Jahr:** _____ **Summe/Rente:** _____ EUR

Bitte nennen Sie uns nachfolgend die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen und/oder beschreiben Sie Ihr jeweiliges Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Zu den anzugebenden Gesundheitsstörungen und Beschwerden gehören nicht nur dauernde, sondern auch vorübergehende Beeinträchtigungen Ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheitszustandes. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen.

Der Rückfragezeitraum beträgt **10 Jahre in Frage 5.1 – 5.2** und **5 Jahre in Frage 6.1 – 6.2**. Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über solche Zeiträume Aussagen zu treffen. Bitte nutzen Sie deshalb alle Ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, sich vor und bei der Beantwortung der Fragen über die jeweilige Gesundheitslage sachgerecht zu informieren, z. B. auch unter Zuhilfenahme Ihres Hausarztes oder anderer Sie behandelnder Therapeuten. Sie können uns so behilflich sein, schnell und kostengünstig über Ihren Antrag zu entscheiden.

Wir nennen Ihnen nachfolgend zu jedem Fragenbereich Beispiele für die uns wichtigen Angaben, die Ihnen Ihre Antwort erleichtern sollen. Die Beispiele umfassen dabei nicht vollständig alle möglichen Erkrankungsbegriffe aus dem jeweiligen Antwortbereich.

Wichtig für uns sind in der rechten Spalte der folgenden Fragen nähere Einzelheiten zu Informationen zur Krankheitsbezeichnung, zu aufgetretenen Beschwerden und Folgen, zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu eventuellen Arbeitsunfähigkeitszeiten und, soweit bekannt/vorhanden, zu Untersuchungsergebnissen sowie detaillierte Angaben zu den verordneten Medikamenten und eventuell weiter bestehenden Beschwerden und/oder Folgen.

Name und Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut) bitte immer zusätzlich angeben.

Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitl. Gegebenheiten der letzten 10 Jahre *Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle mögl. Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich 5.				
5.1	Wurden Sie in den letzten 10 Jahren beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen im Zusammenhang mit:	Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name? Dosis?), eventuell weiterbestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut). Am Ende des Antrages steht ein gesondertes Blatt zur Verfügung.		
	– den Folgen von Alkohol- oder Drogenkonsum?	❑ Nein	❑ Ja	
	– einem Suizidversuch?	❑ Nein	❑ Ja	
	– Erkrankungen oder Störungen der Psyche? *Hierzu gehören u.a. depressive Stimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Essstörung.	❑ Nein	❑ Ja	
5.2	Haben Sie sich in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik, einem Sanatorium oder einer Tagesklinik medizinischen Maßnahmen wie z.B. Beratung, Untersuchung, Behandlung oder Operation unterzogen oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate vorgesehen?	❑ Nein	❑ Ja	
Fragen an die zu versichernde Person bezüglich der gesundheitl. Gegebenheiten der letzten 5 Jahre *Die hier genannten Beispiele umfassen nicht vollständig alle mögl. Erkrankungsbegriffe aus dem Fragen-/Antwortbereich 6.				
6.1	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen	Bitte hier die Gesundheitsangaben eintragen mit Angaben zu Art, Beginn, Dauer und Ende der Behandlung, zu evtl. Arbeitsunfähigkeitszeiten, zu Untersuchungsergebnissen sowie mit detaillierten Angaben zu Medikamenten (Name? Dosis?), eventuell weiterbestehenden Beschwerden und/oder Folgen und dem Namen und der Adresse des jeweiligen Behandlers (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Psychotherapeut). Am Ende des Antrags steht ein gesondertes Blatt zur Verfügung.		
	des Herzens oder der Kreislauforgane? *Hierzu gehören u. a. Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelschaden, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Schwindel, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen.	❑ Nein	❑ Ja	
	der Atmungsorgane? *Hierzu gehören u. a. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen.	❑ Nein	❑ Ja	
	der Speiseröhre, des Magens, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse? *Hierzu gehören u. a. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung/Hepatitis, Veränderung der Leberwerte.	❑ Nein	❑ Ja	
	der Nieren u. Harnwege, Geschlechtsorgane? *Hierzu gehören u. a. Nierensteine. Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin.	❑ Nein	❑ Ja	

	der Haut? *Hierzu gehören u. a. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen.	❑ Nein	❑ Ja	
	der Finger, Hände, Arme, Beine, Füße, des Rückens und der Wirbelsäule, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder? *Hierzu gehören u. a. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Rückgratverkrümmung, Rückenbeschwerden, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie.	❑ Nein	❑ Ja	
	des Gehirns oder des Nervensystems? *Hierzu gehören u. a. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, Lähmungen, Parkinson, Migräne.	❑ Nein	❑ Ja	
	der Augen? *Hierzu gehören u.a. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- oder Netzhauterkrankung, Starerkrankung.	❑ Nein	❑ Ja	
	der Ohren? *Hierzu gehören u. a. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen.	❑ Nein	❑ Ja	
	des Stoffwechsels? *Hierzu gehören u. a. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung.	❑ Nein	❑ Ja	
	des Blutes? *Hierzu gehören u. a. Blutarmut/Anämie, Blutkrebs, Gerinnungsstörungen, Bluterkrankheit.	❑ Nein	❑ Ja	
6.2	Bestehen zu den unter 6.1 angegebenen Erkrankungen, Beschwerden, Gesundheits- oder Funktionsstörungen derzeit noch Beschwerden und/oder Folgen?	❑ Nein	❑ Ja	**Welche?** _____ _____

Folgen noch weitere Angaben? (Bitte immer beantworten)

❑ Zu folgenden Fragen habe ich keine Antwort gegeben:

_____

und reiche daher die Angaben, die ich hier nicht machen möchte, bis zum _____ unverzüglich und schriftlich nach.

❑ Zusätzliche Angaben liegen anbei, Anzahl der Extrablätter: _____

❑ Es folgen noch Angaben

❑ Alles vollständig – es folgen keine weiteren Angaben

Ich bestätige hiermit, den wichtigen Hinweis über die Folgen einer Verletzung meiner Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) auf Seite 10 dieses Antrages gelesen zu haben.

Ich bestätige, dass die Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind. Mir ist bewusst, dass die Angaben Bestandteil des Antrages sind. Jede bis zur Annahme des Antrages noch eintretende oder bekanntwerdende Veränderung meines Gesundheitszustandes (Krankheiten, Störungen, Beschwerden und körperliche Fehler) werde ich unverzüglich schriftlich anzeigen. Mir ist weiterhin bekannt, dass unvollständige und/oder unwahre Angaben den BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G., den BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V., die BVV Pensionsfonds des Bankgewerbes AG zum Rücktritt beziehungsweise zur Anfechtung berechtigen und damit zum Verlust des Versicherungsschutzes führen können.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der zu versichernden Person

Weitere Angaben zu den Fragen

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Verwaltungstätigkeiten des BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G., des BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V. und der BVV Pensionsfonds des Bankgewerbes AG wurden von der BVV Pension Management GmbH (nachfolgend „BVV PM") übernommen. Infolgedessen werden die Anfragen und Nachprüfungen im Rahmen der Schweigepflichtentbindung für den BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G., den BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V. und die BVV Pensionsfonds des Bankgewerbes AG durch die BVV PM erfolgen.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten

☐ Ich willige ein, dass die BVV PM die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsvertrages erforderlich ist.

Entbindung von der Schweigepflicht

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Möglichkeit 1

☐ Ich willige ein, dass die BVV PM – 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 BVV PM übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die BVV PM an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die BVV PM 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 2

☐ Ich wünsche, dass mich die BVV PM 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 BVV PM einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die BVV PM einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

BVV Versicherungsverein
des Bankgewerbes a.G.
Sitz des Vereins: Berlin

BVV Versorgungskasse
des Bankgewerbes e.V.
Sitz des Vereins: Berlin

BVV Pensionsfonds
des Bankgewerbes AG
Sitz der Gesellschaft: Berlin

Kurfürstendamm 111 - 113
10711 Berlin
Telefon: 030 / 520 05 68 11
Telefax: 030 / 520 05 68 21
info@bvv.de
www.bvv.de

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 BVV PM 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.

Erklärungen für den Todesfall

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit 1

☐ Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung beziehungsweise einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein – wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Seite 1 „Entbindung von der Schweigepflicht“ – Möglichkeit 1).

Möglichkeit 2

☐ Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht beziehungsweise 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 Vertrages über.

Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

☐ Ich willige ein, dass die BVV PM meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die BVV PM zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten entbinde ich die für die BVV PM tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Datenweitergabe an Rückversicherungen

☐ 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 BVV PM tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

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

☐ Ich willige ein, dass die BVV PM 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.

Sie haben das Recht, Ihre jeweilige Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Die Merkblätter

- Gesundheitsprüfung
- Informationen zum Datenschutz

in der Anlage habe ich erhalten und gelesen. Diese Merkblätter sind Bestandteil des Antrages.

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift der antragstellenden Person

Gesundheitsprüfung

Wichtiger Hinweis über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
gemäß § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Bitte beantworten Sie die Antragsfragen

Zur Prüfung der bei Ihnen vorliegenden Risikogegebenheiten bitten wir Sie, uns die Fragen in diesem Antragsformular schriftlich zu beantworten. Bitte beachten Sie, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns alle Ihnen bekannten Umstände zu jeder dieser Fragen vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben. Dazu zählen auch Umstände, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen. Ihre Angaben sind Grundlage und Voraussetzung für die weitere Bearbeitung Ihres Antrages in unserem Hause und werden auch Bestandteil des von Ihnen angestrebten Versicherungsvertrages.

Bitte beachten Sie die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Wir fragen Sie nach allen Ihnen bekannten Gefahrumständen, die Einfluss auf unsere Entscheidung zur Risikoübernahme haben. Dazu zählen neben Ihrem Alter unter anderem Ihre berufliche Situation, Ihre Lebensgewohnheiten (z. B. Rauchen, Alkohol- oder Drogengebrauch), die Ausübung von sportlichen Aktivitäten sowie Auslandsaufenthalte, Ihre persönliche medizinische Vorgeschichte und Ihr aktueller Gesundheitszustand sowie auch Ihre Einkommenssituation.

1. Wenn Sie die Fragen auf diesem Antragsformular arglistig, vorsätzlich oder grob fahrlässig falsch oder unvollständig beantworten, können wir von dem Vertrag zurücktreten, und es besteht kein Versicherungsschutz mehr.

   Ist der Versicherungsfall bereits vor dem Rücktritt eingetreten, sind wir nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie unvollständige oder falsche Angaben gemacht haben, die weder für den Eintritt des Leistungsfalles noch für die Feststellung unserer Leistungspflicht ursächlich gewesen sind. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie Ihre Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

2. Wenn Sie bei Verletzung Ihrer Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat ab Kenntnis für die Zukunft **kündigen**.

3. Wenn wir den Vertrag bei Kenntnis der von Ihnen fahrlässig falsch oder nicht vollständig angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, können wir den Vertrag nicht beenden. Wir können dann aber verlangen, dass diese anderen Bedingungen rückwirkend ab Versicherungsbeginn Vertragsbestandteil werden.

   Wenn Sie die falsche oder unvollständige Beantwortung der Antragsfragen nicht zu vertreten haben und hätten wir bei Kenntnis des verschwiegenen oder unvollständig angegebenen Umstandes den Vertrag mit Ihnen zu anderen Bedingungen dennoch geschlossen, können wir verlangen, dass diese anderen Bedingungen ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden.

Bitte lesen Sie den wichtigen Hinweis vor Unterzeichnung des Antrages

Bitte tragen Sie durch Ihre Antworten zu einem für Sie dauerhaft wirksamen Versicherungsschutz bei. Bevor Sie Ihre Vertragserklärung durch Ihre Unterschrift bestätigen, prüfen Sie bitte die Richtigkeit Ihrer Angaben, Antworten und Erläuterungen, auch wenn Ihnen andere Personen beim Ausfüllen des Antrages geholfen haben.

Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Vertragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne an Sie stellen, um dann aktuell eine Annahmeentscheidung treffen zu können. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schriftlich (innerhalb einer Woche) an den BVV nach.

BVV Versicherungsverein
des Bankgewerbes a.G.
Sitz des Vereins: Berlin

BVV Versorgungskasse
des Bankgewerbes e.V.
Sitz des Vereins: Berlin

BVV Pensionsfonds
des Bankgewerbes AG
Sitz der Gesellschaft: Berlin

Kurfürstendamm 111 - 113
10711 Berlin
Telefon: 030 / 520 05 68 11
Telefax: 030 / 520 05 68 21
info@bvv.de
www.bvv.de

Informationen zum Datenschutz

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

dieses Merkblatt informiert Sie darüber, unter welchen Voraussetzungen wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten und welche Rechte Ihnen aufgrund der Regelungen zum Datenschutz zustehen. **Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt ausschließlich vor dem Hintergrund der Umsetzung Ihrer betrieblichen Altersversorgung über den BVV.** Dabei beschränken wir uns auf den notwendigen Umfang von Daten, die für eine ordnungsgemäße Vertragsverwaltung notwendig sind. Wir sind gemäß der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) verpflichtet, Sie über folgende Punkte zu informieren.

1) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung
2) Datenschutzbeauftragter
3) Art der verarbeiteten Daten
4) Zweck der Datenverarbeitung
5) Rechtsgrundlagen und berechtigte Interessen
6) Kategorien von Übermittlern und Empfängern der personenbezogenen Daten
7) Dauer der Datenspeicherung
8) Betroffenenrechte
9) Datenübermittlung an ein Drittland
10) Automatisierte Einzelfallentscheidungen/Profiling
11) Dienstleisterliste

1) Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G.
Kurfürstendamm 111 – 113
10711 Berlin

Telefon: 030 / 896 01-0
Fax: 030 / 896 01-791
E-Mail: info@bvv.de

2) Datenschutzbeauftragter

Sie erreichen unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten auf dem Postweg unter der oben genannten Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@bvv.de.

3) Art der verarbeiteten Daten

Wir erhalten und verarbeiten folgende Kategorien personenbezogener Daten:
- Stammdaten, insbesondere Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift
- Zahlungsdaten
- Daten zu Familie/Bezugspersonen
- Zulagedaten
- Daten zum Versorgungsausgleich
- Daten zur Leistungsprüfung von Anträgen auf Heilverfahren, Alters-, Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente sowie Hinterbliebenenrente und deren Auszahlung
- Steuer-ID, für den Datentransfer im Rahmen der Digitalen Rentenübersicht

Welche Daten im Einzelnen verarbeitet und in welcher Weise diese genutzt werden, richtet sich maßgeblich nach den beantragten und vereinbarten Versorgungsleistungen.

4) Zweck der Datenverarbeitung

Meldet Sie Ihr Arbeitgeber zur betrieblichen Altersversorgung bei uns an oder stellen Sie einen Antrag auf zusätzlichen Versicherungsschutz, benötigen wir Ihre personenbezogenen Angaben für den Abschluss des Versicherungsvertrages beziehungsweise des Versorgungsverhältnisses und gegebenenfalls zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Berufsunfähigkeits-/Erwerbsminderungsrisikos. Kommt der Versicherungsvertrag beziehungsweise das Versorgungsverhältnis zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, zum Beispiel zur Policierung, Beitragsbuchung, Leistungsprüfung und Auszahlung. Ferner nutzen wir Ihre Daten zur Beratung über Vertragsanpassungen oder -ergänzungen sowie zur Erteilung von Auskünften an Sie und – sofern Sie von Ihrem Arbeitgeber gemeldet wurden – auch an diesen. Besondere Angaben zu Ihrer Gesundheit benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist.

Ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten sind der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, zum Beispiel für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Außerdem melden wir als registrierter Anbieter der Zentralen Stelle für die Digitale Rentenübersicht (ZfDR) im Rahmen der Digitalen Rentenübersicht Ihre erworbenen Anwartschaften.

5) Rechtsgrundlagen und berechtigte Interessen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (zum Beispiel Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a DSGVO ein.

Ihre Daten verarbeiten wir auch zur Wahrung unserer folgenden berechtigten Interessen sowie gegebenenfalls auch der berechtigten Interessen Dritter (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO):

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebes,
- zur Wahrung unserer und Ihrer Rechte sowie
- zur Optimierung unserer Produkte und unseres Angebotes auch an Sie.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen, wie zum Beispiel aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 c DSGVO.

6) Kategorien von Übermittlern und Empfängern der personenbezogenen Daten

Ihr Arbeitgeber
Im Rahmen des Vertragsverhältnisses kann Ihr Arbeitgeber Ihre personenbezogenen Daten, wie die Höhe der von ihm erbrachten Anwartschaft oder Rentenleistung, von uns erhalten beziehungsweise uns mitteilen.

Vorversicherer
Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (zum Beispiel zur Übernahme von Versorgungen im Rahmen der Portabilität oder eines Riester-Vertrages) beziehungsweise 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 beziehungsweise Versorgungsträger erfolgen.

Rückdeckungsversicherung
Für die Leistungen des BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V. und der BVV Pensionsfonds des Bankgewerbes AG (abhängig vom Pensionsplan) werden beim BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G. Rückdeckungsversicherungen abgeschlossen. Dafür ist es erforderlich, dass dem BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt werden.

Rückversicherer
In Abhängigkeit von der Risikosituation versichern wir von uns übernommene Risiken in Einzelfällen bei einem speziellen Rückversicherungsunternehmen. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Leistungsdaten an den Rückversicherer zu übermitteln, damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen und uns aufgrund seiner Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen kann. Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.bvv.de/datenschutz.

Externe Dienstleister
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister, insbesondere als Auftragsverarbeiter.

Sie finden eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, in der Anlage zu dieser Information.

Weitere Übermittler und Empfänger
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten übermitteln, wie etwa an Behörden (zum Beispiel Krankenkassen, Finanzbehörden, Gerichte [insbesondere Familiengerichte für den Versorgungsausgleich] oder Strafverfolgungsbehörden), an den PSVaG (Pensions-Sicherungs-Verein) und im Rahmen der Zwangsvollstreckung/Insolvenz an Ihre etwaigen Gläubiger. Von diesen Quellen können uns auch personenbezogene Daten über Sie übermittelt werden.

7) Dauer der Datenspeicherung

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu nach allgemeinen wie auch versicherungsrechtlichen Vorschriften verpflichtet sind. Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die unter Ziffer 4 genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. 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 3 oder bis zu 30 Jahren). Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch und der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 15 Jahren.

8) Betroffenenrechte

Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten können Sie unter der eingangs genannten Adresse verlangen.

Unter bestimmten Voraussetzungen können Sie die Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen. Des Weiteren kann Ihnen ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Sie können sich mit einer Beschwerde an den eingangs genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Alt-Moabit 59 – 61, 10555 Berlin

Besonderes Widerspruchsrecht bei Direktwerbung und in besonderen Situationen (Informationen nach Art. 21 DSGVO)

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, die aufgrund unserer berechtigten Interessen (siehe Ziffer 5) erfolgt, zu widersprechen.

Sie haben ferner das Recht, jederzeit Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung einzulegen.

Der Widerspruch kann schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (info@bvv.de) erfolgen.

Sie können eine uns gegenüber gegebenenfalls erteilte Einwilligung zur Erhebung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf oder der aufgrund anderer Erlaubnisgründe erfolgten Verarbeitung berührt wird. Der Widerruf ist zu richten an: info@bvv.de.

9) Datenübermittlung an ein Drittland

Eine Datenübermittlung an Stellen in Staaten außerhalb der Europäischen Union (so genannte Drittstaaten) findet statt, soweit

- es zur Erbringung unserer Leistungen nach Art. 49 Abs. 1 b DSGVO erforderlich ist (zum Beispiel Zahlungsauftrag),
- es aufgrund von Rechtshilfeabkommen nach Art. 48 DSGVO gesetzlich vorgeschrieben ist (zum Beispiel steuerrechtliche Meldepflichten) oder
- Sie uns gemäß Art. 49 Abs. 1 a DSGVO Ihre Einwilligung erteilt haben.

Darüber hinaus übermitteln wir keine personenbezogenen Daten an Stellen in Drittstaaten oder an internationale Organisationen.

10) Automatisierte Einzelfallentscheidungen/Profiling

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir grundsätzlich keine vollautomatische Entscheidungsfindung einschließlich Profiling gemäß Art. 22 DSGVO. Sollten wir diese Verfahren in Einzelfällen einsetzen, werden wir Sie hierüber gesondert informieren, sofern dies gesetzlich vorgegeben ist.

11) Dienstleisterliste

Die Dienstleisterliste schafft für Sie als Kunde Transparenz. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.

a) Überblick über die Verarbeitung von personenbezogenen und besonderen personenbezogenen Daten, zum Beispiel Gesundheitsdaten.

Für die Unternehmen BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G. BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V. BVV Pensionsfonds des Bankgewerbes AG	
Dienstleister	**Gegenstand/Zweck der Beauftragung**
BVV Pension Management GmbH	Kundenbetreuung, Bestandsverwaltung, Leistungsbearbeitung, Rechnungswesen, Vermögensanlage und Vermögensverwaltung, interne Revision, Gesamtrisikomanagement, Controlling und Kapitalanlagecontrolling, Compliance, Informationstechnik, Rechenzentrum

b) Diese in Kategorien zusammengefassten Dienstleister nehmen keine Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrages vor. Hierunter fallen auch Dienstleister, die nicht dauerhaft tätig sind.

Für die Unternehmen BVV Versicherungsverein des Bankgewerbes a.G. BVV Versorgungskasse des Bankgewerbes e.V. BVV Pensionsfonds des Bankgewerbes AG	
Dienstleister	**Gegenstand/Zweck der Beauftragung**
Bank	Zahlungsverkehr
Wirtschaftsprüfer	Buchprüfung
Callcenter	Telefon- und Servicedienstleistungen
Adressermittlung	Adressverifikation
Druckdienstleister	Dokumentenerstellung
Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
IT-Dienstleister	Wartung der Informationstechnologie, Bereitstellung Internet- und Telefonzugang sowie mobiles Rechenzentrum für Notfallvorsorge, Implementierungsdienstleistungen, Intermediär zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten gegenüber Behörden
Rechtsanwaltskanzleien	Prozessführung, Beratung, Projektbegleitung
Rückversicherer	Risikoprüfung
Beratungsunternehmen	Projektbegleitung, Prozessmanagement und Beratung
Hosting	Managed Hosting von Servern und Veranstaltungs-Management
Terminmanager	Online-Terminbuchung
Berater	Beratung, Rückstellungsberechnungen, Revisionsunterstützung
Video-Meeting-Anbieter	Webcast
Anbieter Umfrage-Tool	Durchführung von Kundenumfragen
Bonitätsauskunft	Creditreform AG
Gutachter	Gutachten
AutoIdent-Anbieter	Digitale Identitätsprüfung