



Vermittlernummer: 600- \_\_\_\_\_

Registrierungsnummer IHK \_\_\_\_\_

**Antrag Betriebsausfallversicherung für freiberuflich Tätige**

gemäß Rahmenvertrag zwischen der Basler-Versicherungs-Aktiengesellschaft und evbd AG Stand 03/2014

Bitte den Originalantrag per Post an:

**evbd AG**  
Hohe Straße 37  
09112 Chemnitz

**I. Antragsteller, Versicherungsnehmer** bereits Basler Kunde  Ja  Nein  Neuantrag  Änderungsantrag VS-Nr.:  Ersatz für VS-Nr.:

Natürliche Person  Juristische Person  Herr  Frau  Firma  ohne Anrede \_\_\_\_\_

Titel, Vorname, Nachname \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

ausgeübte Funktion \_\_\_\_\_ Geb.-Datum

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ Gemeinschaftspraxis/büro  Ja  Nein

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Praxisgemeinschaft  Ja  Nein

Name und Risikoort des zu versichernden Betriebes \_\_\_\_\_ GmbH  Ja  Nein

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ, Versicherungsort \_\_\_\_\_ Fax.: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres der anderen Partei eine Kündigung in Textform zugegangen ist. Bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren kann der Vertrag zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten vom Versicherungsnehmer gekündigt werden. Der Vertrag endet spätestens mit der Hauptfälligkeit, die auf den 65. Geburtstag der versicherten Person folgt.

**II. Versicherungsumfang und Prämienberechnung**

- Vereinbarte Klauseln:** BB 002 Ja  Nein  Endalter 70 Jahre 10% aus dem Nettoprämienatz
- BB 003 Ja  Nein  Haftzeitverlängerung bei Unfällen auf 24 Monate 1‰ Zuschlag auf den Nettoprämienatz
- BB 004 Ja  Nein  30% Zuschlag für Einschluß auf Burn-Out und Depression gerechnet auf die Prämie inkl. Endalter

Eintrittsalter	Karenzwerkstage bei Unfall oder Krankheit	Tagessatz	Faktor	Tagessatz x Faktor = Monatsbeitrag (inkl. 19% Versicherungssteuer)	Beitrag bei jährlicher zahlweise (x 12 : 1,05)	Monatsbeitrag inkl. vereinbarter Klausel	Jahresbeitrag inkl. vereinbarter Klausel
bis 40	5	€ _____		€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
41 - 50	5	€ _____		€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
_____	5	€ _____		€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
bis 40	_____	€ _____		€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
41 - 50	_____	€ _____		€ _____	€ _____	€ _____	€ _____
_____	_____	€ _____		€ _____	€ _____	€ _____	€ _____

Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Bei Versicherungsbeginn ab dem 50. Lebensjahr wird ein Zuschlag von 7% für jedes über das 50. Lebensjahr hinausgehende Jahr erhoben. Das Höchsteintrittsalter ist das 57. Lebensjahr.

**III. Laufzeit / Zahlung**

Versicherungsbeginn kann täglich sein    Die Laufzeit beträgt 5 Jahre. **Ich zahle:**  monatl. per Einzug  jährlich per Einzug

Kontoinhaber \_\_\_\_\_

IBAN DE \_\_\_\_\_ (BLZ) \_\_\_\_\_ (Kontonummer) \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

**IV. Vorversicherungen / Vorschäden**

1. Bestehen oder bestanden für die zu versichernde Person bereits Betriebsunterbrechungs-Versicherungen bei Krankheiten und/oder Unfall oder sind weitere beantragt?  Ja  Nein
2. Bestehen oder bestanden für den zu versichernden Betrieb bereits Betriebsunterbrechungs-Versicherungen infolge Sachschäden?  Ja  Nein
3. Ist für die zu versichernde Person im Rahmen der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ein Krankentagegeld bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart? Wenn ja, unten bitte die Höhe des Tagesgeldes angeben.  Ja  Nein
4. Wurden Anträge auf Betriebsunterbrechungs-, Lebens-, Kranken-, Unfall- oder Berufsunfähigkeits(-zusatz)-Versicherungen abgelehnt oder nur mit Erschwerung angenommen?  Ja  Nein
5. Traten zu einer der vorgenannten Versicherungen in den letzten fünf Jahren Schäden auf?  Ja  Nein

\* Mit „Ja“ beantwortete Fragen bitte nachstehend erläutern!

Art des Vertrages	Versicherer	Vers.-Nr.	Vers.Summe Tagesgeld.	Beginn u. Ablauf	Schaden (-art, -tag, -höhe), vom Versicherer gezahlte Entschädigungen (EUR)
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Reicht der vorgesehene Platz zur Beantwortung der Fragen nicht aus, bitte ein Beiblatt verwenden.

**Antrag Betriebsausfallversicherung für freiberuflich Tätige Tarifgruppe 1**

gemäß Rahmenvertrag zwischen der Basler-Versicherungs-Aktiengesellschaft und evbd AG Stand 11/2011

Bitte den Originalantrag per Post an:

**evbd AG**  
**Hohe Straße 37**  
**09112 Chemnitz**
**V. Fragen an die zu versichernde Person**
**1. Risikobeschreibung**

1.1 Name der zu versichernden Person (sofern nicht Antragsteller)

Nachname	Vorname	Titel	ausgeübter Beruf	Geburtsdatum	männl.	weibl.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 1.2 Die zu versichernde Person ist freiberuflich und nicht in abhängiger Stellung tätig?  Ja  Nein

 1.3 Gehört die zu versichernde Person einer Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Sozietät oder einer Bürogemeinschaft an?  Ja  Nein

 1.4 Anzahl der Beschäftigten?  davon  Fachkräfte mit gleicher Ausbildung wie die zu versichernde Person

 1.5 Haben Sie eine Vertretung?  Nein  Ja, durch 

 1.6 Sind Sie Mitglied einer berufsständischen Organisation?  Nein  Ja, bei 

 1.7 Sind Sie Mitglied einer Berufsgenossenschaft?  Nein  Ja, bei 

1.8 Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf, Freizeit, Hobby oder beim Sport ausgesetzt?

 1.8.1 z.B. als Flieger, Fallschirmspringer, Drachenflieger, Taucher, Rennfahrer; durch Umgang mit radioaktiven oder explosiblen Stoffen?  Nein  Ja 

 1.8.1 durch längere Tropenaufenthalte? (wenn „ja“: wo/wann/wie lange?)  Nein  Ja 
**2. Gesundheitsfragen**

 2.1 Sind Sie gegenwärtig vollständig gesund und nicht arbeitsunfähig?  Ja  nein, weil 

 2.2 Welcher Arzt (z. B. Hausarzt) oder Behandler ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert und wird gewöhnlich auch konsultiert? 
 Keiner

(ausschließlich anzukreuzen, falls kein Arzt oder Behandler benannt werden kann)

**2.3 Die Beantwortung der Fragen 2.3.1 bis 2.3.17 ist unerlässlich, sofern keine ärztliche Untersuchung erforderlich ist. (Sofern kein anderer Zeitraum angegeben ist, beziehen sich die Fragen auf die vergangenen 10 Jahre.)**

 2.3.1 Waren Sie in den letzten 5 Jahren aus gesundheitlichen Gründen mehr als 14 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben?  Ja  Nein

 2.3.2 Waren Sie jemals wegen Beschwerden oder Krankheiten der Psyche, des Rückens, des Bewegungsapparats, des Herzens, des Kreislaufs oder einer Krebserkrankung in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung?  Ja  Nein

 2.3.3 Wurden Sie jemals wegen einer Sucht bzw. Abhängigkeitserkrankung ärztlich beraten oder behandelt?  Ja  Nein

 2.3.4 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten, Störungen oder Beschwerden?  Ja  Nein

 a) des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Venenentzündung, Schlaganfall)?  Ja  Nein

 b) an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, berufsbedingte Atemwegsprobleme)?  Ja  Nein

 c) an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?  Ja  Nein

 d) an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Steinleiden)?  Ja  Nein

 e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht)?  Ja  Nein

 f) der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?  Ja  Nein

 g) durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis)?  Ja  Nein

 h) der Psyche, des Gehirns oder Nervensystems (z. B. Angststörung, Depression, Essstörung, Suizidversuch, Epilepsie, Multiple Sklerose)?  Ja  Nein

 2.3.5 Nehmen oder nahmen Sie Drogen, Medikamente, Betäubungs-, Rauschmittel oder werden oder wurden Sie wegen der Folgen des Konsums von Alkohol beraten oder behandelt?  Ja  Nein

 2.3.6 Haben Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder ambulante Operationen stattgefunden oder sind solche derzeit ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?  Ja  Nein

 2.3.7 Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?  Ja  Nein

 2.3.8 Sind oder waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre in ambulanter Behandlung von Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeuten)?  Ja  Nein

 2.3.9 Sind oder waren Sie wegen Rückenbeschwerden (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Abnutzung, rheumatische Beschwerden) in physiotherapeutischer Behandlung?  Ja  Nein

 2.3.10 Haben oder hatten Sie Beschwerden der Knochen, Kniegelenke, Hüftgelenke, Schultern, Bänder, Sehnen (z. B. Abnutzung, Arthritis, Arthrose, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?  Ja  Nein

 2.3.11 Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an Allergien, Neurodermitis (z. B. Heuschnupfen, (Kontakt-)Ekzem, Schuppenflechte) oder sonstigen Erkrankungen der Haut?  Ja  Nein

 2.3.12 Haben oder hatten Sie eine sonstige Sehstörung oder eine Erkrankung der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit, erhöhter Augendruck, grauer oder grüner Star)?  Ja  Nein

 2.3.13 Haben Sie eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien? Rechts links  Ja  Nein

 2.3.14 Haben oder hatten Sie eine Hörstörung oder Ohrensausen (Tinnitus)?  Ja  Nein

 2.3.15 Besteht ein körperliches Gebrechen, ein Organfehler, eine angeborene Erkrankung, eine Erwerbsminderung (MdE), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)?  Ja  Nein

Wenn ja, welches / auf Grund welches Leidens? Art der Anerkennung? (MdE, WDB, GdB – Bitte Rentenbescheid beifügen)

weiter auf Seite 3



zum/r Versicherungsantrag/Anfrage vom:

Versicherungsnehmer/in  Herr  Frau  Firma

Name / Vorname

Geburtsdatum

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)  Herr  Frau  Firma

Name / Vorname

Geburtsdatum

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 Sachversicherungs-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 Personenversicherung 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.

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

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

- durch die Basler Sachversicherungs-AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Basler Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-AG

Ich willige ein, dass die Basler Sachversicherungs-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 Versicherungsvertrages 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 Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Basler Sachversicherungs-AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Basler Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Basler Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-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.

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

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 Sachversicherungs-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 1).

### 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 Sachversicherungs-AG

Die Basler Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Basler Sachversicherungs-AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

### 3.2 Übertragung von Aufgaben auf anderen Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Basler Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-AG, Basler Straße 4, 61345 Bad Homburg, Tel. 06172/1250 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 Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach §203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.4 Datenaustausch mit Hinweis- und Informatiksystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, [www.informa-irfp.de](http://www.informa-irfp.de)) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Die Basler Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-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 Sachversicherungs-AG meine Gesundheitsdaten - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den genannten Zwecken speichert und nutzt.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der versicherten Person  
(falls nicht Antragsteller/Versicherungsnehmer)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Bis zur Abgabe der Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzuzeigen. Es sind auch solche Umstände zu nennen, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Sie können Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Falls wir Ihnen auch nach Ihrer Vertragserklärung, aber noch vor Vertragsannahme Fragen zu den Gefahrumständen stellen, sind Sie auch hier in diesem Fall zur Anzeige verpflichtet.

Falls Sie diese Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

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 Vertragsveränderung 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.

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 Vertragsveränderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

### Belehrung über das Widerrufsrecht nach § 8 VVG

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der Leistungsvorschlag (Produktinformationsblatt und Versicherungs-informationen) und diese Belehrung zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Basler Securitas Versicherungs-Aktiengesellschaft, Basler Str. 4, 61345 Bad Homburg. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 06172/ 13200.

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.

Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren.

### Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat oder bei Verträgen mit einer vorläufigen Deckung.

### Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 VVG

Bis zur Abgabe der Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluß, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzuzeigen. Es sind auch solche Umstände zu nennen, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Sie können Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Falls wir Ihnen auch nach Ihrer Vertragserklärung, aber noch vor Vertragsannahme Fragen zu den Gefahrumständen stellen, sind Sie auch hier in diesem Fall zur Anzeige verpflichtet.

Falls Sie diese Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

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 Vertragsveränderung 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.

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 Vertragsveränderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

### Mitteilung über die Folgen der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts oder Aufklärungs-obliegenheit nach § 28 VVG

Bei Verletzung einer bestehenden Auskunftsobliegenheit (wir können verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist) oder Aufklärungsobliegenheit (wir können verlangen, dass Sie uns alle Angaben geben, die zur Klärung des Tatbestandes dienlich sind), die von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber unserer Gesellschaft zu erfüllen ist, können wir den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

Bestimmt der Vertrag, dass wir bei Verletzung einer von Ihnen zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet sind, sind wir leistungsfrei, wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzt haben. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

Abweichend von diesen Regelungen sind wir zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.



Gst / Vermittler

Empfangsbestätigung der Ihnen ausgehändigten Unterlagen \_\_\_\_\_

### Betriebsunterbrechungs-Versicherung für freiberuflich Tätige (BUFT):

- Produktinformationsblatt für Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich Tätige (Basler Chefsache)
- Antrag auf Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich Tätige vom \_\_\_\_\_
- Bedingungen für die Betriebsunterbrechungs-Versicherung für freiberuflich Tätige (BUFT 2013)
- Rahmenvertrag Basler Versicherung AG - evbd AG

### Allgemeine Informationen

- Merkblatt zur Datenverarbeitung
- Allgemeine Informationen gemäß VVG-Informationspflichtverordnung
- Belehrung über das Widerrufsrecht
- Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

### Bestätigung

Hiermit bestätige ich den **vollständigen und rechtzeitigen Erhalt** aller oben aufgeführten Unterlagen zum Leistungsvorschlag vom \_\_\_\_\_

- Ich erhielt die Unterlagen auf eigenen Wunsch in Papierform
- Ich erhielt die Unterlage auf eigenen Wunsch in elektronischer Form (CD-ROM)
- Ich bin ausreichend informiert **und wurde über mein Widerrufsrecht ausreichend belehrt**. Offene Fragen konnten mit dem Vermittler direkt geklärt werden.

### Antragskennung:

\_\_\_\_\_

### Antragsteller:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des **Antragstellers**

Basler Versicherungen  
Basler Str. 4  
61345 Bad Homburg v. d. H.

## SEPA-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Basler Sachversicherungs-AG Basler Lebensversicherungs-AG	ID: DE87ZZZ00000243328 ID: DE81ZZZ00000243242
--	--

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 acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der SEPA-Lastschrifteinzug wird nach Änderung des Betrages oder der Fälligkeit spätestens fünf Kalendertage im Voraus angekündigt.

Vertrag Nr.   gilt für alle weiteren Verträge

Nachname/Firma

Vorname

Straße  Haus-Nr.

PLZ  Wohnort

Telefonnummer für evtl. Rückfragen  Vorwahl  Telefon-Nr.

IBAN DE    BIC   
(BLZ) (Kontonummer)

Kreditinstitut

Ort, Datum  Unterschrift des Kontoinhabers

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!