

- Risikovorfrage**  
 **Antrag Basler RisikoVersicherung**

**Antragsteller / Versicherungsnehmer**

Herr  Frau  Firma Nachname  Vorname

Straße  Haus-Nr.

Postleitzahl  Wohnort

Geburtsdatum  Geburtsort  Nationalität

Familienstand  Jetzige Berufstätigkeit

Auszubildender  Schüler/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  Schüler/Student  Arbeitnehmer  selbstständig seit   Beamter  öffentlicher Dienst

**Versicherungsbeginn / Beitragszahlung**Zahlungsweise monatlich,  
davon abweichend:

- vierteljährlich  halbjährlich  jährlich

**Haben Sie als zu versichernde Person in den letzten 12 Monaten geraucht oder gedampft?**

- ja  nein

**Haben Sie als zu versichernde Person in den letzten 10 Jahren geraucht oder gedampft?**

- ja  nein

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

**Wenn nein, beachten Sie bitte die Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher auf Seite 8.**

**Basler Risiko Konstant – Tarif RKS 19** Berufs-klasse   mit automatischer Anpassung des Beitrags um 10 % alle 3 Jahre  Partnervorteil

Ablauf der Versicherung mit  Jahren oder Versicherungsdauer  Jahre Versicherungssumme  EUR

Technischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten)  ‰ Medizinischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten)  ‰

Überschussystem: Beitragsreduktion Tarifbeitrag  EUR **Zu zahlender Gesamtbeitrag**  EUR

**Basler Risiko Premium – Tarif RKP 19** Berufs-klasse   mit automatischer Anpassung des Beitrags um 10 % alle 3 Jahre  Partnervorteil

Ablauf der Versicherung mit  Jahren oder Versicherungsdauer  Jahre Versicherungssumme  EUR

Technischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten)  ‰ Medizinischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten)  ‰

Überschussystem: Beitragsreduktion Tarifbeitrag  EUR **Zu zahlender Gesamtbeitrag**  EUR

**Basler Risiko Fallend – Tarif RFS 19** Berufs-klasse   Partnervorteil

Ablauf der Versicherung mit  Jahren oder Versicherungsdauer  Jahre Versicherungssumme  EUR

Dauer der konstanten Versicherungssumme  Jahre

Technischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten)  ‰ Medizinischer Zuschlag (im Beitrag bereits enthalten)  ‰

Überschussystem: Beitragsreduktion Tarifbeitrag  EUR **Zu zahlender Gesamtbeitrag**  EUR

**Bezugsberechtigt für Leistungen und Überschussanteile** ist nach dem Tode der zu versichernden Person:

- Versicherungsnehmer  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?  
Land, Zeitraum, Zweck   ja  nein
2. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt  
a) im Beruf (z. B. Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen oder Chemikalien, Aufenthalte in Krisengebieten)?  
Art der Gefahren   ja  nein
- b) in der Freizeit (z. B. Tauchsport, Kampfsport, Bergsport, Pferderennen, Flugsport aller Art, Motorsport, aktives Fahren von motorisierten Zweirädern ab 125 ccm, Quads oder Trikes (auch Saisonfahrer), Teilnahme an Wettfahrten, Extremsport)?  
Art der Gefahren   ja  nein
3. Bestehen bei anderen Gesellschaften bereits Lebensversicherungen mit Todesfallschutz, haben Sie solche beantragt oder wurden diese in den letzten 3 Jahren nur zu erschwerten Bedingungen (z. B. mit Zuschlag) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?  
Gesellschaft/Todesfallsumme  
(Normalannahme? Risikozuschlag?  
Zurückstellung? Ablehnung?)   ja  nein
4. Wie hoch ist Ihr jährliches Brutto-Arbeitseinkommen?  EUR/Jahr

**Die Versicherung wird mit medizinischem Gesundheits-Check abgeschlossen.**

**Falls ja, ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt B entbehrlich.**

ja  nein

**(B) 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
- Abfragezeitraum 5 Jahre:**
3. 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) der Psyche (z. B. Burnout-Syndrom, Depression, Angststörung, Essstörung, psychosomatische Störung, Suizidversuch)  ja  nein
- b) des Nervensystems und Gehirns (z. B. Schlaganfall, Migräne, Spannungskopfschmerz, Verletzungen des Gehirns, Lähmungen, Missempfindungen, Epilepsie)  ja  nein
- c) der Atemwege (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Funktionseinschränkungen der Lunge, Schlaf-Apnoe-Syndrom)  ja  nein
- d) des Herz-Kreislauf-Systems (z. B. ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Embolien, Herzfehler, Herzklappenfehler, Herzmuskelerkrankungen, Herzinfarkt, Krampfadern, Lymphödem)  ja  nein
- e) des Stoffwechsels (z. B. Erhöhung der Blutfette, Diabetes, Über- und Unterfunktion der Schilddrüse)  ja  nein
- f) der Verdauungsorgane (z. B. chronische Durchfälle, chronische Bauchschmerzen, Blut im Stuhl, Sodbrennen, Leberwerterhöhungen, Lebervergrößerung)  ja  nein
- g) der Nieren, Harn- und/oder Geschlechtsorgane (z. B. auffällige Nierenwerte, chronische Nierenentzündung, auffällige Urinbefunde, Prostatavergrößerung, kontrollpflichtige Veränderungen in Vorsorgeuntersuchungen)  ja  nein
- h) des Blutes und/oder der blutbildenden Organe (z. B. Blutarmut, Blutbildungsstörungen, Vergrößerungen der Milz)  ja  nein
- i) 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
4. Konsumieren oder konsumierten Sie Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel?  ja  nein
- Abfragezeitraum 10 Jahre:**
5. 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 erythematoses)  ja  nein
- b) schwere Infektionen (z. B. Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis)  ja  nein
6. 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**
7. 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
8. Bitte geben Sie Einzelheiten zu den Fragen an, die Sie unter Abschnitt (B) mit „ja“ beantwortet haben (z. B. Art der Erkrankung, Behandlungsdauer, behandelnde Ärzte mit Namen und vollständiger Anschrift).

8. a) Seit wann besteht völlige Beschwerdefreiheit und folgenlose Ausheilung der angegebenen Erkrankungen, Unfälle oder Operationen?
8. b) Welcher Arzt (Name, Anschrift) kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben?

**Ab einer Versicherungssumme von 350.001 EUR ist eine vollständige Kopie eines gültigen Personalausweises oder Reisepasses zwingend beizufügen!**

- Ja, ich bin natürliche Person und entweder Veranlasser der Geschäftsbeziehung oder der Vertragspartner steht in meinem Eigentum oder unter meiner Kontrolle.  
 Nein. Falls nein, lassen Sie bitte von natürlichen Personen BAL 8466 und von Rechtsträgern BAL 8404 beantworten.

**SEPA-Lastschriftmandat**

**Zahlungsempfänger:**

Basler Lebensversicherungs-AG  
Basler Sachversicherungs-AG

Gläubiger ID: DE81ZZZ00000243242  
Gläubiger ID: DE87ZZZ00000243328

**Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer erhalten Sie von uns mit der nächsten Korrespondenz.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der SEPA-Lastschrifteinzug wird nach Änderung des Betrags oder der Fälligkeit spätestens 5 Kalendertage im Voraus angekündigt.

**Angaben zum Kontoinhaber**

Nachname/Firma

Vorname

Straße  Haus-Nr.

Postleitzahl  Wohnort

Telefonnummer für evtl. Rückfragen  Vorwahl  Telefon-Nr.

Kreditinstitut  BIC

IBAN

Ort  Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber/s

**Erklärung zu Versicherungsbedingungen und -informationen**

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

**Empfangsbestätigung:**

**Ich habe folgende Vertragsbestimmungen und -informationen erhalten:**

Außerdem habe ich die Seiten 1–8 dieses Antrags erhalten.

Unterschrift des Versicherungsnehmers

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

**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auch die Seiten 4 bis 8 des Antrags mit den Erläuterungen und Hinweisen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zum Widerrufsrecht, den Datenschutzhinweisen/Ermächtigungen zur Datenverarbeitung sowie zum vorläufigen Versicherungsschutz. Bitte fügen Sie das Formular BAL 0100 (Schweigepflichtentbindungserklärung) diesem Antrag bei. Es wird mit Zustandekommen des Versicherungsvertrags Vertragsbestandteil. Ich bestätige, dass ich weder als US-Person gelte noch aus anderen Gründen in den USA unbeschränkt steuerpflichtig bin. Weiterhin gelte ich auch nicht als passive Non-Financial Foreign Entity mit unbeschränkt US-steuerpflichtiger beherrschender Person. Diese Aussage trifft auch auf wirtschaftlich Berechtigte bzw. beherrschende Personen, die Versicherten und namentlich genannte begünstigte Personen zu. Bitte beachten Sie hierzu die Hinweise auf Seite 8 des Antrags.**

Ort  Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

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

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift des Vermittlers  
 Werber-Nummer

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

Diese Risikolebensversicherung ist nicht als Restschuldversicherung im Sinne des § 7a Abs. 5 VVG konzipiert.

### Ende der Widerrufsbelehrung

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

## Datenschutzhinweise

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

Der Schutz Ihrer Privatsphäre ist uns dabei wichtig.

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

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

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

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

### Allgemeines zur Datenverarbeitung

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

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

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

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

### Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Nähere Informationen hierzu finden Sie auf unserer Website: <https://www.basler.de/hinweise/datenschutz.html>

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

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

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

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

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO. Diese können Sie an gesonderter Stelle, auf die wir Sie hinweisen werden, abgeben. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

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

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

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

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

#### Rückversicherer:

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

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

#### Vermittler:

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

#### Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

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

#### Externe Dienstleister:

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

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

#### Weitere Empfänger:

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

#### **Dauer der Datenspeicherung**

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

#### **Betroffenenrechte**

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen. Wir werden sämtliche Ihrer Rechte entsprechend den Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze beachten.

#### **Widerspruchsrecht**

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

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

#### **Beschwerderecht**

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

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

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

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

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

#### **Bonitätsauskünfte**

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

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

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

#### **Automatisierte Einzelfallentscheidungen**

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

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

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

#### **Anhang**

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

Basler Lebensversicherungs-AG  
Basler Sachversicherungs-AG  
Basler Financial Services GmbH

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

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

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

### Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

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

### Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

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

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

### Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

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

### Kategorien der personenbezogenen Daten

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

### Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

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

### Dauer der Datenspeicherung

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

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

Für die Speicherfristen bei HIS-Einmeldungen gilt:

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

### Betroffenenrechte

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

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

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

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

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

Kontaktdaten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten:

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

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

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

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

Damit Sie von uns oder den anderen Unternehmen unserer Gruppe, die an einer gemeinsamen Datenverarbeitung teilnehmen sowie zuständigen Außendienstmitarbeitern in allen Fragen der Finanzdienstleistungen (z. B. Versicherungen, Bauspar- und Baufinanzierungsprodukte, Fonds- und andere Finanzanlagen) umfassend beraten werden können, erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift unter dem Versicherungsantrag damit einverstanden, dass wir den betreffenden Unternehmen bzw. deren zuständigen Außendienstmitarbeitern die für die Kontaktaufnahme und Durchführung der Beratung erforderlichen Angaben zur dortigen Datenverarbeitung und Nutzung übermitteln.

Übermittelt werden dürfen (einzelne Datenkategorien können gestrichen werden):

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

In diesem Rahmen entbinden Sie uns zugleich von unserer Verschwiegenheitspflicht.

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

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

### Vorläufiger Versicherungsschutz

Wir gewähren Ihnen vorläufigen Versicherungsschutz ab dem Tag, an dem der Antrag bei uns eingeht. Es gelten die Bedingungen zum vorläufigen Versicherungsschutz BAL 8467.

#### 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 Verzehrs 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.

#### Voraussetzungen für die Einstufung als Nichtraucher und Hinweise zur Anzeigepflicht

Voraussetzung für die Einstufung als Nichtraucher (Nichtraucher seit mindestens 1 Jahr bzw. 10 Jahren) ist, dass die versicherte Person in den vergangenen 12 Monaten bzw. 10 Jahren vor Vertragsabschluss keine Tabakprodukte oder andere nikotinhalige Produkte geraucht oder unter Dampf konsumiert hat (z. B. Zigaretten, Zigarillos, Zigarren, Pfeifen, Wasserpfeife, Shishas, elektrische Zigaretten, elektrische Pfeifen und elektrische Shishas) und auch beabsichtigt in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.

Dem Versicherungsnehmer sowie der versicherten Person ist bekannt, dass sie verpflichtet sind, eine Änderung des Nichtraucherstatus nachträglich unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung wird dann ab Beginn des Rauchens in einen entsprechenden Tarif mit dem erforderlichen Beitrag für Raucher eingestuft. Die korrekte Angabe zum Rauchverhalten stellt zudem eine vorvertragliche Anzeigepflicht dar, deren Verletzung ebenfalls Rechtsfolgen auslöst (siehe hierzu Hinweise auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung).

#### 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