Antrag ☐ BU PROTECT ☐ BU PROTECT young

die Bayerische
Versichert nach dem Reinheitsgebot

1 Antragsteller/-in / Versicherungsnehmer/-in

☐ Herr ☐ Frau Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft

Vorname/Titel/Firmenname: Anonym
Name: Anonym
Geburtsdatum:
*freiwillige Angaben

Straße/Hausnummer: Anonym
1. Staatsangehörigkeit: Anonym
2. Staatsangehörigkeit: Anonym

PLZ: A n o n y
Wohnort: Anonym
Geburtsland: Anonym
Geburtsort: Anonym

Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma, Schulform):
Steuer-Identifikations-Nr.*: A n o n y m

Berufsstatus

☐ Arbeiter/in ☐ Beamter/Beamtin auf Lebenszeit ☐ Rentner/in, Pensionär/in
☐ Angestellte/r ☐ Beamter/Beamtin auf Probe ☐ Auszubildende/r
☐ leitende/r Angestellte/r ☐ Arbeiter/in im öffentl. Dienst ☐ Schüler/in
☐ Beamter/Beamtin ☐ Angestellte/r im öffentl. Dienst ☐ Student/in
☐ Beamter/Beamtin auf Widerruf ☐ Selbständige/r, Freiberufler/in ☐ Soldat/in ☐ Sonstige

Telefon privat*: Anonym
Telefon mobil*: Anonym
Telefon geschäftlich*: Anonym
E-Mail Adresse*: Anonym

2 Zu versichernde Person (bitte nur ausfüllen, wenn die zu versichernde Person nicht mit dem Versicherungsnehmer übereinstimmt)

☐ Herr ☐ Frau Familienstand ☐ ledig ☐ verheiratet / eingetragene Lebenspartnerschaft

Vorname/Titel: Anonym
Name: Anonym
Geburtsdatum:

Straße/Hausnummer: Anonym
1. Staatsangehörigkeit: Anonym
2. Staatsangehörigkeit: Anonym

PLZ: A n o n y
Wohnort: Anonym

Ausgeübter Beruf (genaue berufliche Tätigkeit, Branche, Firma, Schulform):

Berufsstatus

☐ Arbeiter/in ☐ Beamter/Beamtin ☐ Beamter/Beamtin auf Probe ☐ Selbständige/r, Freiberufler/in ☐ Schüler/in
☐ Angestellte/r ☐ Beamter/Beamtin auf Widerruf ☐ Arbeiter/in im öffentl. Dienst ☐ Rentner/in, Pensionär/in ☐ Student/in
☐ leitende/r Angestellte/r ☐ Beamter/Beamtin auf Lebenszeit ☐ Angestellte/r im öffentl. Dienst ☐ Auszubildende/r ☐ Soldat/in ☐ Sonstige

5 Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig und achten Sie auf eine zutreffende Erfassung Ihrer Angaben, da Sie ansonsten Ihren Versicherungsschutz gefährden. Der Versicherer kann bei unvollständigen oder unzutreffenden Angaben vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen. - Auf die gesonderte Mitteilung gem. § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht weisen wir ausdrücklich hin. -

Die in den Fragen aufgeführten Gesundheitsstörungen sind als beispielhaft anzusehen und können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe umfassen.

Die zu versichernde Person willigt im Rahmen von Verträgen zur betrieblichen Altersversorgung (Direktversicherungen, Pensionskassen, Rückdeckungsversicherungen) ein, dass Gründe für Ausschlüsse dem Arbeitgeber (Versicherungsnehmer bzw. Trägerunternehmen) gegenüber mit dem Vertragsangebot zur Annahme mit Erschwerung und dem Versicherungsschein bekanntgegeben werden dürfen.

Der Vertragsabschluss ist nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig. Wir verlangen weder solche Untersuchungen und Analysen noch verwenden wir deren Ergebnisse oder Daten. Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Dies gilt nicht bei einem Antrag auf eine Jahresrente von mehr als 30.000 EUR. In diesem Fall müssen Sie uns auch die Ergebnisse oder Daten bereits vorgenommener genetischer Untersuchungen oder Analysen mitteilen, selbst wenn diese allein darauf abzielen, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder künftig mögliche gesundheitliche Störung abzuklären. Unabhängig davon bleiben Sie jedoch in jedem Fall verpflichtet, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen anzuzeigen. Dabei ist unerheblich, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

☐ Es hat bereits eine Risikoprüfung durch die Bayerische stattgefunden (wenn nichts angekreuzt ist, gehen wir davon aus, dass keine Risikoprüfung vorgenommen wurde).

Ticketnummer aus Risikovoranfrage: - | | | | | | | | | |

I. Einkommen und Versorgung

	Nein	Ja	Ergänzende Angaben
1. a) Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (bzw. waren Ihre Bruttobezüge) im letzten Kalenderjahr vor Antragsstellung?			€
b) Haben sich im laufenden Jahr Veränderungen ergeben?	☐	☐	€
Für Selbständige/Freiberufler:			
c) Wie hoch war Ihr Gewinn vor Steuern in den letzten 3 Jahren vor Antragsstellung?			Jahr _____ : €
			Jahr _____ : €
			Jahr _____ : €
Für Beamte/Soldaten:			
d) Bitte geben Sie Ihre aktuelle Besoldungsgruppe an:			_____
e) Wie ist Ihr Beschäftigungsverhältnis?			☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
f) Wie hoch ist Ihr Beschäftigungsgrad? (Nur für Teilzeitbeschäftigte)			☐ unter 75 % ☐ mindestens 75 %

Wichtiger Hinweis: Für monatliche Renten ab 2.501 EUR benötigen wir die dem Antrag bereits beiliegende „Zusätzliche Erklärung Berufsangaben, Einkommen und Versorgung". Bitte entsprechend ausgefüllt und unterschrieben den Antragsunterlagen beifügen. Ab einer Monatsrente von 3.001 EUR reichen Sie bitte zusätzlich Einkommensnachweise der letzten drei Jahre von unabhängiger Stelle (z.B. Steuerberater) ein.

2. Besteht bei der Bayerischen oder einem anderen Unternehmen bzw. Einrichtung **bereits eine Grundfähigkeiten-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder sonstige Arbeitsunfähigkeits-(Zusatz-) Versicherung (z. B. betriebliche oder private Absicherung) oder Ansprüche aus einer berufsständischen Versorgung?** ☐ ☐
Wenn ja, bitte Tabelle benutzen.

Art	Rente (in EUR)	Zahlungsweise Rente	Gesellschaft	Ablauf	Kündigung bei Neuannahme des Neuantrages
					☐ Ja ☐ Nein
					☐ Ja ☐ Nein
					☐ Ja ☐ Nein

II. Berufliche Tätigkeit

	Nein	Ja	Ergänzende Angaben
1. Wie hoch ist der Anteil			
a) der Bürotätigkeit?			☐ bis zu 75% ☐ mehr als 75%
b) der körperlichen Tätigkeit?			☐ bis zu 25% ☐ mehr als 25%
2. Für wieviele Mitarbeiter sind Sie verantwortlich?			
3. Welche Ausbildung haben Sie erfolgreich abgeschlossen? (höchste Ausbildung)			☐ Studium (z. B. Bachelor, Master, Diplom, Uni- oder Fachhochschulabschluss) ☐ abgeschlossene Weiterbildung (z. B. Meisterprüfung, Technikerausbildung, Fachwirt) ☐ abgeschlossene Berufsausbildung (z. B. IHK-, Innungs-, Fachschulabschluss) ☐ keine
4. Wie ist die genaue Bezeichnung des Studiums, der abgeschlossenen Weiterbildung oder der abgeschlossenen Berufsausbildung zu Frage II.3?			

III. Allgemeine Fragen

	Nein	Ja	Ergänzende Angaben
1. Üben Sie eine **berufliche Tätigkeit außerhalb Europas** aus oder ist in den nächsten 12 Monaten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit außerhalb Europas geplant oder beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? (Bitte ggf. Zusatzerklärung Auslandsreise einreichen.)	☐	☐	

Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

	Nein	Ja	Ergänzende Angaben
2. Sind Sie **besonderen Gefahren ausgesetzt**			
a. Im Beruf (z.B. Umgang mit explosiven, radioaktiven und/oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Aufenthalt in Krisengebieten, Arbeiten in großer Höhe)?	☐	☐	
b. In der Freizeit (z.B. Teilnahme an Wettbewerben, Rennfahrten, Bergsteigen, Tauchen, Fallschirmspringen, Drachen- oder Gleitschirmfliegen, sonstige Flugaktivitäten, Kampfsport- oder Extremsportarten)?	☐	☐	
3. Haben Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin durch **Rauchen oder Inhalieren** aufgenommen (Rauchen meint sowohl das Konsumieren von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeifen oder sonstigem Tabak unter Feuer, als auch die Nutzung elektronischer Rauchgeräte, bei denen es zu einer Nikotinaufnahme über das Inhalieren von Dampf, z. B. e-Zigaretten, e-Zigarren oder e-Pfeifen kommt)?	☐	☐	

4. **Körpergröße** in cm _____ **Gewicht** in kg _____

IV. Allgemeine Gesundheitsfragen (Abfragezeitraum 5 Jahre)	Nein	Ja	Ergänzende Angaben Erkrankungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses
1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten oder Beschwerden			
a) der **Wirbelsäule oder der Bandscheiben** (z.B. Lumbago, Bandscheibenvorfall, Hexenschuss, Ischias oder ärztlich behandelte Nacken-, Rückenbeschwerden oder ärztlich behandelte muskuläre Verspannungen)?	☐	☐	
b) der **Knochen oder Gelenke, Bänder und Sehnen** (z.B. Arthrose, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung, Verlust von Gliedmaßen und sonstige Anomalien)?	☐	☐	
c) der **Psyche** (z.B. Angst-/Anpassungsstörung, Depression, Neurose, Essstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS, ADHS), Schmerzsyndrom, Schlaflosigkeit, akute Belastungsreaktion, Burnout-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)?	☐	☐	
d) des **Herzens oder des Kreislaufs** (z.B. Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Verkalkung der Herzkranzgefäße, Durchblutungsstörungen, ärztlich festgestellter Bluthochdruck, Schlaganfall, Venenentzündungen)?	☐	☐	
e) der **Atmungsorgane** (z.B. chronische Bronchitis, Asthma, allergische Atembeschwerden, Lungenentzündung, Zwerchfellbeschwerden)?	☐	☐	
f) an **Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber** (z.B. Magengeschwür, chronische Darmentzündung, erhöhte Leberwerte, Hepatitis)?	☐	☐	
g) an **Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust** (z.B. Nierenentzündungen, Steinleiden, Einnierigkeit, Blut- oder Eiweißausscheidungen, chronische Nierenschädigung)?	☐	☐	
h) des **Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung, Gicht, Funktionsstörung der Schilddrüse)?	☐	☐	
i) durch **Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	☐	☐	
j) durch **entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen** (z. B. Rheumatismus, akute oder chronische Arthritis, Morbus Bechterew)?	☐	☐	
k) durch akute oder **chronische Infektionskrankheiten** (z.B. COVID-19, HIV, Tuberkulose, Borreliose, Malaria und sonstige Tropenkrankheiten)?	☐	☐	
l) des **Nervensystems oder des Gehirns** (z.B. Epilepsie, Migräne, multiple Sklerose, Rückenmark, Alzheimer, Parkinson, Demenz, Muskelatrophie)?	☐	☐	
m) der **Haut, Allergien** (z. B. Neurodermitis, Psoriasis, (Kontakt-) Ekzem, Heuschnupfen, berufsbedingte Atemwegserkrankungen)?	☐	☐	
n) der **Augen** und/oder der **Ohren** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als -8,0/8,0 Dioptrien – bei Laser-Sehkorrektur: Angabe der Dioptrien vor der Operation, Sehstörung, erhöhter Augendruck, verminderte Sehschärfe, Makuladegeneration, Tinnitus, Hörsturz, verminderte Hörvermögen)?	☐	☐	

V. Ergänzende Fragen	Nein	Ja	Ergänzende Angaben Erkrankungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses
1. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 3 Jahre über einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 14 Tagen **Medikamente** ein? Welche, in welchen Abständen und in welcher Dosierung? (nicht anzugeben sind Verhütungsmittel)	☐	☐	
2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Betäubungsmittel oder Drogen oder wurden Sie in diesem Zeitraum wegen der Folgen des Konsums von **Alkohol, Betäubungsmittel oder Drogen** beraten und/oder behandelt?	☐	☐	

Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

	Nein	Ja	Ergänzende Angaben Erkrankungen, Behandlungen usw./Wann? Wie lange? Ergebnis? Name u. Anschrift des Arztes oder Krankenhauses
3. Beziehen oder bezogen Sie aus gesundheitlichen Gründen eine Rente/ Pension, ist eine Rente beantragt oder eine Pensionierung eingeleitet oder wurde ein Grad der Behinderung (GdB), Erwerbsminderung (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) zuerkannt oder wurde in den letzten 5 Jahren ein entsprechender Antrag gestellt? (Bitte ggf. Bescheid beifügen.)	☐	☐	
4. Werden Sie gegenwärtig oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten oder Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Heilpraktiker, Krankengymnast, Physiotherapeut) beraten, untersucht oder behandelt? (Ausgenommen: akute Erkältungskrankheiten, unauffällige, altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen, zahnärztliche Behandlungen, Schwangerschaft/komplikationsfreie Geburt)	☐	☐	
5. Wurden Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, in Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, beraten oder behandelt oder sind solche innerhalb des nächsten Jahres ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? (Es müssen keine Angaben zu Schwangerschaften und Geburten, sowie altersbezogene Vorsorgeuntersuchungen mit unauffälligem Befund, Operationen ohne Komplikationen und Folgen am Blinddarm, Mandeln oder der Nasenscheidewand gemacht werden)	☐	☐	

6. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihren Gesundheitszustand am besten informiert (Name und Anschrift)?

Name und Anschrift

VI. Risikozuschläge

Medizinischer Zuschlag: ____ % Nichtmedizinischer Zuschlag: ____ %

Ergänzende Angaben

Ein gesondertes Blatt ist beigefügt: ☐ **Nein** ☐ **Ja**