



Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Abgabe bei:

- beantragten Tarifen mit Beitragsbefreiung im Fall der Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit - **CLBU** / **CVBU** und / oder bei Tarifen mit Hinterbliebenenrentenleistungen - **CV** / **CVBU**

Zu versichernde Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____. _____. _____.

Personalnummer: _____

Eintrittsdatum: _____. _____. _____.

Anschrift: _____

Beruf: _____

Name des Arbeitgebers: _____

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten nach Art. 6 Abs. 1 lit. a i.V.m. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO

Ich willige ein, dass die Baden-Badener Pensionskasse VVaG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten zum Zwecke der Antragsprüfung sowie der Gesundheits- und Risikoprüfung erhebt, speichert und nutzt.

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden Person

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Nähere Informationen insbesondere zu Ihren Rechten, können Sie der Datenschutzerklärung im Neuantrag zur Direktversicherung entnehmen.

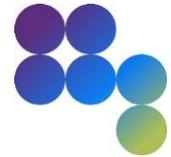
Die Gesundheitsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig zu beantworten. Bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben kann die Baden-Badener Pensionskasse VVaG vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern.

Bitte jede einzelne Frage beantworten. Zutreffendes unterstreichen und erläutern. Erforderlichenfalls gesondertes Blatt beifügen. Die Gesundheitsfragen können in einem an die Baden-Badener Pensionskasse VVaG adressiertem verschlossenen Umschlag dem Antrag beigelegt werden.

1. Wie groß und wie schwer sind Sie?

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg



2. Hatten Sie in den **letzten 5 Jahren** oder zurzeit Krankheiten, Störungen oder Beschwerden (Herz-Kreislauf, Atmungs-, Verdauungs-, Harn-, Geschlechts- und / oder Sinnesorgane, Leber, Wirbelsäule, Bewegungsapparat, Haut, Gehirn, Nerven, Psyche, Blut, Stoffwechsel, Tumoren, Lymphsystem, hormonelle Veränderungen, Infektionen, Suchtleiden, Unfallfolgen, körperliche Behinderungen oder sonstige Krankheiten)?

Nein

Ja - **Wenn ja, wann, woran und wie lange litten Sie an den Folgen?**

3. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test)?

Nein

Ja

4. Sind Sie in den letzten 5 Jahren untersucht, beraten, behandelt oder operiert worden?

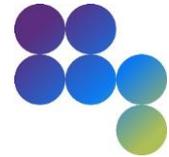
Nein

Ja - **Wenn ja, wann und weshalb, beanspruchte Ärzte, Krankenhäuser, Heilpraktiker? Bitte Anschrift angeben.**

5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig / gewohnheitsmäßig Drogen, Alkohol, Betäubungs- oder Rauschmittel zu sich bzw. werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren wegen der Folgen des Konsums beraten oder behandelt?

Nein

Ja - **Wenn ja, wann und weshalb, beanspruchte Ärzte, Krankenhäuser, Heilpraktiker? Bitte Anschrift angeben.**



6. Welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet (z.B. Hausarzt)? Bitte Anschrift angeben.

7. Wurde eine von Ihnen beantragte Lebensversicherung oder Berufsunfähigkeitsversicherung von einem anderen Versicherer abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschweren Bedingungen akzeptiert?

- Nein Ja, Annahme zu erschweren Bedingungen
 Ja, Zurückstellung
 Ja, Ablehnung

Wenn ja, wann, Name der Gesellschaft?

Entbindung von der Schweigepflicht

Ich ermächtige die Baden-Badener Pensionskasse VVaG zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde sowie andere Personenversicherer, Sozialversicherungsträger und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten fünf Jahre nach der Antragsannahme. Werden Leistungen wegen Erwerbsminderung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beansprucht, darf die Baden-Badener Pensionskasse VVaG die o.g. Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden und Sozialversicherungsträger auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Erwerbsminderung bzw. der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Erwerbsminderung bzw. Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit geführt haben, befragen. Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, auch über meinen Tod hinaus von der Schweigepflicht.

Ort, Datum, Unterschrift der zu versichernden Person



Hinweise

Zahlungsweise

Bitte beachten Sie, dass anstaltsindividuelle Regelungen zur möglichen Zahlungsweise bestehen können. So mag es sein, dass etwa eine monatliche Zahlungsweise ausgeschlossen ist. Weitere Hinweise hierzu kann Ihnen auch Ihre zuständige Personalabteilung geben.

Informationen / Beratung

Die Informationen sowie die Auskünfte der Baden-Badener Pensionskasse VVaG werden mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Letztlich müssen Sie selbst den Angebotsvergleich vornehmen bzw. die Entscheidung für oder gegen das jeweilige Produkt treffen. Insoweit stellt der Vertragsabschluss bei der Baden-Badener Pensionskasse VVaG ein Fernabsatzvertrag nach § 312b des Bürgerlichen Gesetzbuches dar.

Weitere Informationen zum Jahresabschluss, dem Lagebericht des vorangegangenen Geschäftsjahres sowie Erklärungen zu den Grundsätzen der Anlagepolitik finden Sie unter **www.bbp.ard.de**.

Risikoprüfung

Die Gesundheitserklärung wird nur zur Risikoprüfung verwendet. Sollten sich eventuell Rückfragen ergeben, wird sich die Baden-Badener Pensionskasse VVaG direkt mit der zu versichernden Person mittels Fragebögen in Verbindung setzen. Eine Weitergabe der Gesundheitserklärung an den Arbeitgeber/Versicherungsnehmer erfolgt nicht.

Sofern die Risikoprüfung ein erhöhtes Risiko aufzeigen sollte, kann es zu Leistungsausschlüssen oder Ablehnungen führen. Im Gegensatz zur privaten Versicherungswirtschaft erhebt die Baden-Badener Pensionskasse keine Risikozuschläge.

→ Bitte senden Sie die Gesundheitserklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben direkt an die Baden-Badener Pensionskasse VVaG in 76522 Baden-Baden.