

# Bayern-Versicherung

Lebensversicherung Aktiengesellschaft

Ein Unternehmen der Versicherungskammer

Region

- Bayern/Pfalz
- Berlin/Brandenburg
- Saarland

# Arbeitgebererklärung für Gruppenverträge der Betrieblichen Altersversorgung

# Bayern-Versicherung

Lebensversicherung Aktiengesellschaft

Ein Unternehmen der Versicherungskammer

## Vermittlerdaten (Bitte immer angeben)

HV/NV/Zweigstelle	
<b>Bitte dringend ZusOB beachten:</b>	
SI/IZB-Ref.Nr.	
SPK VermKennzeichen	S
oder	
FIDUCIA-Kennung	Y   H

## Angaben zum Versicherungsnehmer

Firma, bzw. Name, Vorname

### Meldeadresse / Firmensitz:

Straße, Hausnummer Rechtsform

Sonderzeile für Adressenergänzung

Postleitzahl Ort

Telefon tagsüber (freiwillige Angabe) Telefax (mit Vorwahl)

## Beginn des Gruppenversicherungsvertrages

01.

### Tarifstufe

**Zahlweg** (Bei fehlenden Angaben zum Zahlweg wird grundsätzlich von Einzelüberweisung ausgegangen.)

#### Einzelüberweisung

Die Beiträge je versicherter Person werden als Einzelüberweisung unter Angabe der Teilversicherungsnummer im Verwendungszweck auf eines der nachstehenden genannten Konten der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG überwiesen:

Kunden aus Bayern/Pfalz: Bayern LB IBAN: DE03 7005 0000 0000 0240 22 BIC: BYLADEMMXXX

DZ Bank AG IBAN: DE07 7016 0000 0000 0740 01 BIC: GENODEFF701

Kunden aus Berlin/Brandenburg: Berliner Sparkasse IBAN: DE10 1005 0000 0399 2187 00 BIC: BELADEBEXXX

Kunden aus Saarland: Saar LB IBAN: DE34 5905 0000 0032 0000 02 BIC: SALADE55XXX

#### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende SEPA-Basislastschriften

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die unten stehenden Gesellschaften, Zahlungen für diesen abzuschließenden Vertrag von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von diesen Gesellschaften auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich erhalte/Wir erhalten über die bevorstehende SEPA-Lastschrift spätestens drei Tage zuvor eine gesonderte Nachricht.

Hinweise: 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 Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Name, Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Ort

IBAN BIC

Kreditinstitut

Sofern die Beiträge von meinem/unserem Konto für den Versicherungsvertrag eines Dritten eingezogen werden, erkläre ich mich/erklären wir uns damit einverstanden, dass die vorgenannte Nachricht nur an den Dritten gesendet wird.

Ort, Datum Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s)

## Ihre Mandatsreferenznummer entspricht Ihrer

Versicherungsnummer  Abrechnungsgruppennummer (für Gruppenversicherungen) (Bitte ggf. bestehende Abrechnungsgruppennummer eintragen)

Bayern-Versicherung  
Lebensversicherung Aktiengesellschaft  
Maximilianstraße 53, 81535 München  
**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE61BL00000156981

ISU e.V.  
Rosenheimer Landstraße 35, 85521 Ottobrunn  
**Gläubiger-Identifikationsnummer**  
DE37ISU00000238699

Die zur Bearbeitung erforderlichen personenbezogenen Daten haben wir gespeichert.  
Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik Datenschutz-Hinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung.

## Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

### Mitwirkungs- und Offenlegungspflichten des Vertragspartners

Nach dem Geldwäschegesetz (GwG) sind wir verpflichtet, die Identität unseres Vertragspartners, der ggf. für den Vertragspartner auftretenden Personen und ggf. wirtschaftlich Berechtigten festzustellen und zu überprüfen sowie die Mittelherkunft zu hinterfragen. Zu diesem Zweck vorgelegte Identifikationsdokumente und sonstige Nachweise sind zu archivieren.

Der Vertragspartner trägt nach § 11 Absatz 6 GwG umfassende Mitwirkungs- und Offenlegungspflichten.

Er muss dem Versicherungsunternehmen alle benötigten Informationen offenlegen, insbesondere ob er die Geschäftsbeziehung und/oder eine Transaktion für einen Dritten begründen, fortsetzen oder durchführen will und muss alle sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebenden Änderungen unverzüglich anzeigen.

Dies umfasst u.a. die unaufgeforderte Offenlegung bzw. Meldung von abweichenden Beitragszahlern, Abtretungsgläubigern und Treuhändern, Eigentums- und Kontrollstrukturen, einem PeP-Status der Beteiligten, von Namens- und Adressänderungen, Umfirmierungen, Änderungen der Eigentums- oder Kontrollstruktur bzw. von wirtschaftlich Berechtigten.

Bei Verstößen gegen die Mitwirkungs- bzw. Offenlegungspflicht muss das Versicherungsunternehmen, unabhängig vom Wert der Transaktionshöhe, den Sachverhalt der Zentralstelle für Finanztransaktionsuntersuchungen melden (§ 43 GwG).

### Identifizierung der Beteiligten (außer bei der Unterstützungskasse)

#### Direktversicherung

- Versicherungsnehmer ist eine juristische Person oder Personengesellschaft – bitte einen aktuellen und lesbaren Registerauszug beifügen.
- Versicherungsnehmer ist eine natürliche Person – bitte eine gut lesbare Kopie des gültigen Personalausweises/Passes mit deutlich erkennbarem Lichtbild beifügen.

Die Angaben zu den gesetzlichen Vertretern/Vertretungsorganen werden durch Übernahme aus den vorgelegten Identifikationsdokumenten erhoben.

#### Direktzusage

- Versicherungsnehmer ist eine juristische Person oder Personengesellschaft:  
Bitte das Formular „Erklärung zum Geldwäschegesetz – J (327117)“ vollständig ausgefüllt und unterzeichnet mit allen Belegen beifügen.
- Versicherungsnehmer ist eine natürliche Person:  
Bitte das Formular „Erklärung zum Geldwäschegesetz – N (327116)“ vollständig ausgefüllt und unterzeichnet mit allen Belegen beifügen.

### Arbeitgeberportal

Mir wurden die Vorteile des Arbeitgeberportals erklärt und ich möchte es nutzen.

- ja
- nein

Ich erhalte unter folgender E-Mail-Adresse  den Registrierungslink zum Portal.

steuerliche Förderung nach:

- es werden alle steuerlichen Förderungsmöglichkeiten zugelassen (§ 3 Nr. 63 EStG, § 100 EStG und/oder § 3 Nr. 63 EStG, § 40b EStG in der Fassung vom 31.12.2004 (a.F.))
- oder
- § 3 Nr. 63 EStG       § 100 EStG und/oder § 3 Nr. 63 EStG       § 40b EStG in der Fassung vom 31.12.2004 (a. F.)

Versicherungsdaten für Personenkreis Nr.

Personenkreis

**Finanzierung der Zusage**

- Arbeitgeberfinanzierung und Arbeitnehmerfinanzierung (nicht für die MitarbeiterRente möglich)
- oder
- Arbeitgeberfinanzierung
- oder
- Arbeitnehmerfinanzierung

**Anspruchsberechtigte** (bei fehlenden Angaben wird ein unwiderrufliches Bezugsrecht ab Eintritt der gesetzlichen Unverfallbarkeit vermerkt).  
Bei Entgeltumwandlung ist die versicherte Person sowohl im Erlebensfall als auch im Todesfall ab Beginn der Entgeltumwandlung unwiderruflich bezugsberechtigt.  
Bei arbeitgeberfinanzierten Beiträgen ist die versicherte Person im Erlebensfall

- sofort unwiderruflich bezugsberechtigt
- oder  unwiderruflich bezugsberechtigt ab Eintritt der gesetzlichen Unverfallbarkeit
- oder  widerruflich bezugsberechtigt (Beitragspflicht gegenüber PSV ab gesetzlicher Unverfallbarkeit).

**Hauptversicherung**

**Tarife**

Es werden die aktuellen Tarife der Bayern-Versicherung für eine Direktversicherung vereinbart, die für die in dieser Arbeitgebererklärung ausgewählte steuerliche Förderung jeweils zur Verfügung stehen.

Der Einschluss einer Hinterbliebenenzusatzversicherung (Tarif WIZ), sowie einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen (Tarif BUZ) -Beitragsbefreiung oder Beitragsbefreiung und Barrente ist, soweit es die Tarifgestaltung zulässt, möglich.

**Grundsätzlich ist die Auswahl eines einzelnen Tarifes nicht vorgesehen.**

In Ausnahmefällen, z.B. bei kollektiven arbeitgeberfinanzierten Zusagen können im Innenverhältnis (d.h. im Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer) Einschränkungen vorgenommen werden.

**Angabe nur erforderlich bei obligatorischer Zusatzversicherung:  
Einschluss von Zusatzversicherungen – nicht bei Selbständiger Berufsunfähigkeitsversicherung**

**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

**obligatorisch** (für alle Arbeitnehmer)

**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)**

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.**

- Beitragsbefreiung (B)**
- Beitragsbefreiung und eine garantierte monatliche Rente (BR)**  **zusätzlich zu den oben genannten Tarifen nicht bei der MitarbeiterRente**

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsbezug       keine       1%       2%       3%

**Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung**

**obligatorisch** (für alle Arbeitnehmer)

**Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (WIZ)** (nur bei FirmenRente [beitragsorientierte Leistungszusage])

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung zur Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (beitragsorientierte Leistungszusage).** Bitte Daten der mitversicherten Person eintragen.

**kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (cWIZ)** (nur bei FirmenRente [beitragsorientierte Leistungszusage])

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung zur Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (beitragsorientierte Leistungszusage).**

**kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (cWIZ) und kollektive Waisenrenten-Zusatzversicherung (cWAZ) nur bei FirmenRente**

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung zur Direktversicherung im Rahmen des § 3 Nr. 63 Einkommensteuergesetz (beitragsorientierte Leistungszusage).**

**Pauschale Arbeitgeberunterschrift bei Entgeltumwandlung**

Die pauschale Arbeitgeberunterschrift ermöglicht die vereinfachte Beantragung eines Entgeltumwandlungsvertrags. Damit kann der Antrag auf Vertragsabschluss alleine durch den beitretenden Arbeitnehmer erklärt werden und somit eine vereinfachte Beantragung eines Entgeltumwandlungsvertrags durch den Arbeitnehmer ohne Arbeitgeberunterschrift auf dem Antrag/Unterschriftenblatt erfolgen.

- Mir wurden die Vorteile der pauschalen Arbeitgeberunterschrift erklärt und ich möchte diese nutzen.
- Mir wurden die Vorteile der pauschalen Arbeitgeberunterschrift erklärt und ich möchte diese nicht nutzen.

**Einwilligungserklärung**

des Versicherungsnehmers zugunsten der Mitarbeiter, die nach § 1a BetrAVG einen Anspruch auf betriebliche Altersversorgung durch Entgeltumwandlung haben.

Der Arbeitgeber erklärt sich damit einverstanden, dass

- der Antrag auf Vertragsabschluss einer durch Entgeltumwandlung des Arbeitnehmers finanzierten Direktversicherung bei der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG nach einer Arbeitnehmerberatung auch alleine durch den beitretenden Arbeitnehmer erklärt werden kann. Der Arbeitgeber bringt in diesen Vertrag alleine den gesetzlichen Arbeitgeberzuschuss nach § 1a Abs. 1a des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) ein.
- der Antrag auf Vertragsabschluss einer durch Entgeltumwandlung des Arbeitnehmers finanzierten Direktversicherung einschließlich eines freiwilligen Arbeitgeberzuschusses hierzu bei der Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG nach einer Arbeitnehmerberatung auch alleine durch den beitretenden Arbeitnehmer erklärt werden kann. Der Arbeitgeber gewährt seinem Arbeitnehmer ggf. unter Anrechnung des gesetzlichen Arbeitgeberzuschusses nach § 1a Abs. 1a BetrAVG einen freiwilligen Arbeitgeberzuschusses in Höhe von  5%        % des umgewandelten Entgelts.        Euro.

**Hinweis:**

- Diese Einwilligungserklärung ist bei einer listenmäßigen Anmeldung nicht möglich.
- Der Abschluss einer Berufsunfähigkeits(-Zusatz)-Versicherung oder einer anderweitigen Risiko(-Zusatz)-Versicherungen ist von dieser Einwilligungserklärung nur dann umfasst, wenn eine solche aufgrund einer bestehenden Vereinbarung mit dem Arbeitgeber für alle Mitarbeitenden obligatorisch einzuschließen ist. Dies gilt nicht, sofern im Rahmen der Antragstellung Gesundheitsfragen zu beantworten sind.
- Zwischen dem Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer muss eine Vereinbarung über die Umwandlung von Barlohn geschlossen werden (Formular Nummer 323450).

Die Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG dokumentiert den Abschluss mit einem Versicherungsschein und informiert damit unverzüglich nach Vertragsschluss den Arbeitgeber.

Ort, Datum

Firmenstempel, Unterschrift Versicherungsnehmer

X

## Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

- Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten.

### Informationspflicht gemäß § 7 VVG

- Ich wünsche das Informationspaket einschließlich der Allgemeinen und Ergänzenden Verbraucherinformationen sowie das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten einschließlich der dort unter II.2. genannten Versicherungsbedingungen und Merkblätter rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung zusammen mit dem Gruppenvertrag zu erhalten.

- Ich möchte das oben genannte Informationspaket an folgende E-Mail-Adresse zugestellt bekommen:

@

(Falls keine E-Mail-Adresse angegeben wurde, erfolgt die Zustellung per Post.)

- Ich möchte das oben genannte Informationspaket per Post zugestellt bekommen.

### Zusatzklärung

#### für FirmenRente FlexVario, FirmenRente WachstumGarant, FirmenRente Flex Pro, Mitarbeiterrente und fondsgebundene Überschussbeteiligung, fondsgebundene Überschussbeteiligung InvestmentKonzept sowie fondsgebundene Überschussbeteiligung bei Berufsunfähigkeits-Versicherung

Die Kundeninformationen zu wichtigen Fragen, Fondsinformationen und Merkblätter für meine beantragte Versicherung werden mir mit dem Gruppenversicherungsvertrag zur Verfügung gestellt.

Bevor Sie die Arbeitgebererklärung unterschreiben, lesen Sie bitte die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen.

### Besondere vertragliche Vereinbarung

Ort, Datum

Unterschrift der für den Antragsteller (Versicherungsnehmer) auftretenden Person.  
Diese ist in jedem Fall zu leisten – ggf. auch Firmenstempel.

Name, Vornamen (alle!) laut Ausweisdokument **in Druckbuchstaben**

Ich bestätige, als für den Arbeitgeber auftretende Person explizit zum Vertragsabschluss der bAV-Direktversicherung berechtigt zu sein. Falls erforderlich, werde ich eine Bestätigung nachreichen.

X

Name, Vornamen (alle!) laut Ausweisdokument **in Druckbuchstaben**

Ich bestätige, als für den Arbeitgeber auftretende Person explizit zum Vertragsabschluss der bAV-Direktversicherung berechtigt zu sein. Falls erforderlich, werde ich eine Bestätigung nachreichen.

X

**Versicherungsnehmer ist eine natürliche Person:** Besteht für den Versicherungsnehmer eine steuerliche Ansässigkeit im Ausland?

- ja – bitte die Erklärung „Selbstauskunft für natürliche Personen für den automatischen zwischenstaatlichen Informationsaustausch und FATCA“ (PDF-Nr. 336007) zusätzlich vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen.  
 nein

**Versicherungsnehmer ist eine juristische Person:** Bitte die Erklärung „Selbstauskunft für Rechtsträger für den automatischen zwischenstaatlichen Informationsaustausch und FATCA“ (PDF-Nr. 336006) zusätzlich vollständig ausgefüllt und unterschrieben beifügen.

Versicherungsdaten für Personenkreis Nr.

Personenkreis

**Finanzierung der Zusage**  Arbeitgeberfinanzierung und/oder  Entgeltumwandlung (arbeitnehmerfinanziert)

### Hauptversicherung

#### Tarife

- Es werden die aktuellen Tarife der Bayern-Versicherung für eine Direktzusage angeboten. Der Einschluss einer Hinterbliebenenzusatzversicherung (Tarif WIZ), sowie einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen (Tarif BUZ) -Beitragsbefreiung oder Beitragsbefreiung und Barrente ist, soweit es die Tarifgestaltung zulässt, möglich.

**Grundsätzlich ist die Auswahl eines einzelnen Tarifes nicht vorgesehen.**

In Ausnahmefällen, z.B. bei kollektiven arbeitgeberfinanzierten Zusagen können im Innenverhältnis (d.h. im Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer) Einschränkungen vorgenommen werden.

**Angabe nur erforderlich bei obligatorischer Zusatzversicherung:**

### Einschluss von Zusatzversicherungen

#### Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nicht bei SofortRente)

- obligatorisch** (für alle Arbeitnehmer)

#### Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.**

- Beitragsbefreiung (B)**

- Beitragsbefreiung und eine garantierte monatliche Rente (BR)**

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsbezug

- keine  1 %  2 %  3 %

#### Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

- obligatorisch** (für alle Arbeitnehmer)

**Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (WIZ)** (nur bei der FirmenRente (beitragsorientierte Beitragszusage) und der SofortRente)

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung.**

Bitte Daten der mitversicherten Person eintragen und bei einer SofortRente mit Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung auch deren Altersnachweis beifügen.

- kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (cWIZ)** (nur bei der FirmenRente (beitragsorientierte Beitragszusage) und der SofortRente)

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung.**

- kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (cWIZ) und kollektive Waisenrenten-Zusatzversicherung (cWAZ)** (nur bei der FirmenRente (beitragsorientierte Beitragszusage))

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung.**

#### Risiko-Zusatzversicherung (RZV) für FirmenRente Garant, FirmenRente Wachstum Garant und FirmenRente FlexVario

- obligatorisch** (für alle Arbeitnehmer)  **optional** (Wahlmöglichkeit Arbeitnehmer)  **ausgeschlossen**

### Bestätigungen zu Beratungs- und Informationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

#### Beratungspflicht gemäß § 6 VVG

- Ich habe eine Beratungsdokumentation erhalten.

#### Informationspflicht gemäß § 7 VVG

- Ich wünsche das Informationspaket bestehend aus dem Produktinformationsblatt sowie den Allgemeinen und Ergänzenden Verbraucherinformationen, einschließlich der dort unter II.2. genannten Versicherungsbedingungen und Merkblätter rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung zusammen mit dem Gruppenvertrag zu erhalten.

- Ich möchte das oben genannte Informationspaket an folgende E-Mail-Adresse zugestellt bekommen:

@

(Falls keine E-Mail-Adresse angegeben wurde, erfolgt die Zustellung per Post.)

- Ich möchte das oben genannte Informationspaket per Post zugestellt bekommen.

#### Zusatzklärung

#### FirmenRente FlexVario, FirmenRente WachstumGarant fondsgebundene Überschussbeteiligung sowie fondsgebundene Überschussbeteiligung – InvestmentKonzept

Die Kundeninformationen zu wichtigen Fragen, Fondsinformationen und Merkblätter für meine beantragte Versicherung werden mir mit dem Gruppenversicherungsvertrag zur Verfügung gestellt.

Bevor Sie die Arbeitgebererklärung unterschreiben, lesen Sie bitte die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen.

### Besondere vertragliche Vereinbarung

Ort, Datum

Versicherungsnehmer (Stempel/Unterschrift Arbeitgeber)

X

Versicherungsdaten für Personenkreis Nr.

Personenkreis

## Finanzierung der Zusage

- Arbeitgeberfinanzierung und Entgeltumwandlung (arbeitnehmerfinanziert)  
 Arbeitgeberfinanzierung  
 oder  
 Arbeitnehmerfinanzierung

## Hauptversicherung

### Tarife

- Es werden die aktuellen Tarife der Bayern-Versicherung für eine Rückdeckungsversicherung angeboten. Der Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (Tarif WIZ), sowie einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen (Tarif BUZ) -Beitragsbefreiung oder Beitragsbefreiung und Barrente ist, soweit es die Tarifgestaltung zulässt, möglich.

**Grundsätzlich ist die Auswahl eines einzelnen Tarifes nicht vorgesehen.**

In Ausnahmefällen, z.B. bei kollektiven arbeitgeberfinanzierten Zusagen können im Innenverhältnis (d.h. im Verhältnis Arbeitgeber und Arbeitnehmer) Einschränkungen vorgenommen werden.

## Angabe nur erforderlich bei obligatorischer Zusatzversicherung:

### Einschluss von Zusatzversicherungen

#### Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nicht bei SofortRente)

- obligatorisch** (für alle Arbeitnehmer)

#### Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)

Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.**

- Beitragsbefreiung (B)**   
 **Beitragsbefreiung und eine garantierte monatliche Rente (BR)**   
 **Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)**  
 Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung** für eine Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung und Mindestleistung.

- Beitragsbefreiung (B)**   
 **Beitragsbefreiung und eine garantierte monatliche Rente (BR)**

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsbezug

- keine  1%  2%  3%

#### Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (WIZ) (nur bei der FirmenRente (beitragsorientierte Leistungszusage) und SofortRente)

- obligatorisch** (für alle Arbeitnehmer)  
 **Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (WIZ)** (nur bei der FirmenRente (beitragsorientierte Leistungszusage) und SofortRente)  
 Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung.**  
 Bitte Daten der mitversicherten Person eintragen und bei einer SofortRente mit Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung auch deren Altersnachweis beifügen.  
 **kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (cWIZ)** (nur bei der FirmenRente (beitragsorientierte Leistungszusage) und SofortRente)  
 Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung.**  
 **kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (cWIZ) und kollektive Waisenrenten-Zusatzversicherung (cWAZ)** (nur bei der FirmenRente (beitragsorientierte Leistungszusage)  
 Es gelten die **Besonderen Bedingungen für die kollektive Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung.**

Bevor Sie die Arbeitgebererklärung unterschreiben, lesen Sie bitte die Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen.

## Besondere vertragliche Vereinbarung

Ort, Datum

Unterschrift Trägerunternehmen soweit Gesundheitsangaben erforderlich sind oder fondsgebundene Produkte bzw. fondsgebundene Überschussbeteiligung vereinbart werden – ggf. auch Firmenstempel

X

## Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen.

Der Text beruht auf der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung für Lebens- und Krankenversicherung, die im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt wurde.

Die Bezeichnung „der Versicherer“ steht im nachfolgenden Text für den jeweiligen Risikoträger, d. h. das Unternehmen, mit dem der Versicherungsvertrag geschlossen wird. Der Risikoträger ist die Bayern-Versicherung Lebensversicherung.

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung /Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der Adresse des Versicherers zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung der Daten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Bayern-Versicherung.

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen sowie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

### 1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel 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 Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten 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 [dienstleister.vkb.de](http://dienstleister.vkb.de) eingesehen oder bei der Versicherungskammer Bayern, Abteilung Datenschutz, 80530 München; E-Mail: [datenschutz@vkb.de](mailto:datenschutz@vkb.de), angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter des Versicherers insoweit von ihrer Schweigepflicht.

### 2. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Bayern-Versicherung 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 der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 den Versicherer 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 der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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 durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

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 nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter des Versicherers insoweit von ihrer Schweigepflicht.

### Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die zur Unternehmensgruppe gehörenden Gesellschaften und die ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den für mich zuständigen Betreuer weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der Betreuer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich das Merkblatt zur Datenverarbeitung rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe oder wenn ich vor Abgabe meiner Vertragserklärung eine gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht nach § 7 VVG unterzeichnet und beigefügt habe.

Hinweis: Der Ansprache zum Zweck der kundenorientierten Produktinformation sowie der Optimierung der Kundenzufriedenheit kann ich jederzeit widersprechen.

### Wichtiger Hinweis

Die Mitarbeiter, für die dieser Gruppenvertrag zur betrieblichen Altersversorgung mit Ihrem Unternehmen vereinbart wird, können von verschiedenen Vertriebspartnern der VKB betreut werden. Um Ihre Mitarbeiter umfassend und richtig beim Abschluss eines Einzelvertrags beraten zu können, benötigen die Vertriebspartner die mit Ihrem Unternehmen vereinbarten Konditionen (Firmendaten, Ansprechpartner, Durchführungsweg, Gruppentarif, Haupttarif, Zusatztarif, insbesondere die Höhe des gewährten Arbeitgeberzuschusses zur Entgeltumwandlung sowie zu den Vermögenswirksamen Leistungen (VL) und die VL-Leistung insgesamt). Wir bzw. der vermittelnde Vertriebspartner stellen deshalb die Konditionen in eine zentrale Datenbank, auf die alle Vermittler des Konzerns VKB Zugriff haben und aus der sie die für den Abschluss erforderlichen Daten abrufen können.

Dienstleisterliste

<b>Übersicht Dienstleister</b>	
zur Einwilligungserklärung in der Lebens-, Kranken-, Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung (Hinweis: Die aktuelle Liste finden Sie unter dienstleister.vkb.de)	
<b>Bitte beachten Sie: Jeder dieser Dienstleister erhält personenbezogene Daten nur dann, wenn dies zur Erfüllung der übertragenen Aufgabe erforderlich ist. Andernfalls findet keine Datenübermittlung statt.</b>	
Firmenbezeichnung / Kategorie	Tätigkeitsgebiet
Zur Unternehmensgruppe gehören folgende Gesellschaften, die untereinander Dienstleistungen erbringen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Versicherungskammer Bayern</li> <li>▪ Versicherungsanstalt des öffentlichen Rechts</li> <li>▪ Bayerische Landesbrandversicherung AG</li> <li>▪ Bayerischer Versicherungsverband Versicherungsaktiengesellschaft</li> <li>▪ Bayern-Versicherung Lebensversicherung AG</li> <li>▪ Bayerische Beamtenkrankenkasse AG</li> <li>▪ Union Krankenversicherung AG</li> <li>▪ Union Reiseversicherung AG</li> <li>▪ Versicherungskammer Bayern Konzern Rückversicherung AG</li> <li>▪ SAARLAND Feuerversicherung AG</li> <li>▪ Feuerversozietät Berlin Brandenburg Versicherung AG</li> <li>▪ BavariaDirekt Versicherung AG</li> <li>▪ Consal-Service-Gesellschaft mbH</li> <li>▪ Versicherungskammer Bayern Pensionskasse AG</li> <li>▪ Pensionskasse Konzern Versicherungskammer Bayern VVaG</li> </ul>	Zentrale Abwicklung gleichartiger Aufgaben. Dies umfasst z. B. die gemeinsame Datenhaltung (Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Kundendaten), Post Ein- und Ausgangsbearbeitung, Bearbeitung von Kundenanfragen, In-/Exkasso (Zahlungsverkehr).
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bavaria Versicherungsvermittlungs-GmbH</li> <li>▪ Versicherungskammer Maklermanagement Kranken GmbH</li> <li>▪ Consal-Versicherungsdienste GmbH</li> <li>▪ Consal Vertrieb Landesdirektionen GmbH</li> <li>▪ Bayerische Versicherungskammer Landesbrand Kundenservice GmbH</li> <li>▪ Versicherungsservice MFA GmbH</li> <li>▪ S-Finanzvermittlung und Beratung GmbH</li> <li>▪ Versicherungskammer betriebliche Vorsorge GmbH</li> </ul>	Kunden- und Vertriebsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inverso Gesellschaft für innovative Versicherungssoftware mbH</li> <li>▪ VKBit Betrieb GmbH</li> </ul>	Dienstleistungen für Datenverarbeitung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SVM GmbH</li> </ul>	Erfassung der Versicherungsverträge, Erstellung von Angeboten zu Versicherungsprodukten, Bereitstellung der Verträge als digitales Vertragsarchiv
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ MediRisk Bayern Risk- und Rehamanagement GmbH</li> </ul>	Risiko- und Rehabilitationsmanagement
<b>Externe Unternehmen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dienstleistungsunternehmen für Datenverarbeitung</li> </ul>	EDV-Dienstleistungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concentrix Services (Germany) GmbH</li> <li>▪ Ratiodata SE</li> <li>▪ Deutsche Post E-POST Solutions GmbH</li> </ul>	Policierung, Leistungs- und Vertragsbearbeitung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ medizinische Gutachter</li> <li>▪ medizinische Berater</li> <li>▪ Medicproof GmbH</li> </ul>	Erstellung und Überprüfung von(ärztlichen) Gutachten, Beratung, Rehabilitationsmanagement
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Actineo GmbH</li> </ul>	Einholen von ärztlichen Behandlungsunterlagen und Regressprüfung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anbieter medizinischer Produkte und Dienstleistungen</li> </ul>	Heil- und Hilfsmittelversorgung, Heilbehandlungen und Reha-Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Majorel Wilhelmshaven GmbH</li> </ul>	Servicecenter für telefonische Auskünfte, Vertragsbearbeitung Riester und Kraftfahrt. Angebotsbearbeitung Kranken, Leben, HUS, KFZ und Unfall.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ T.D.M. Telefon-Direkt-Marketing GmbH</li> </ul>	Servicecenter für telefonische Auskünfte und Vertragsbearbeitung Unfall
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VöV Rückversicherung KÖR</li> <li>▪ General Reinsurance AG</li> <li>▪ Münchener Rückversicherungsgesellschaft AG</li> <li>▪ Deutsche Rückversicherung AG</li> <li>▪ E+S Rückversicherung AG</li> <li>▪ Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland</li> </ul>	Rückversicherung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.</li> </ul>	Poolprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Info Partner KG</li> <li>▪ Creditreform</li> <li>▪ infoscore Consumer Data GmbH</li> <li>▪ ClariLab GmbH &amp; Co. KG</li> <li>▪ SCHUFA Holding AG</li> <li>▪ Deutsche Post Adress GmbH &amp; CoKG</li> </ul>	Auskünfte aus Auskunftsdatenbanken, Bonitätsprüfungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COMPASS Private Pflegeberatung GmbH</li> <li>▪ Deutsche Assistance Service GmbH</li> <li>▪ RehaAssist Deutschland GmbH</li> <li>▪ MD Medicus Assistance Service GmbH</li> </ul>	Assistance-Leistungen
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ProTect Versicherung AG</li> <li>▪ Cardif Allgemeine Versicherung</li> </ul>	Restkreditversicherung, Gemeinsame Betreuung von Kunden
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ identity Trust Management GmbH</li> </ul>	Identifizierungsleistung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Assekuradeure</li> </ul>	Abschluss und Verwaltung von Versicherungsverträgen, Einzug und Verwaltung von Prämien, Schadenregulierung
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steuerberater, Wirtschaftsprüfer</li> </ul>	Jahresabschluss /Wirtschaftsprüfung

Stand: 01.09.2023

aufgenommen durch Partner		Stempel des Vermittlers, Telefon des Vermittlers
Zweigstelle		
Mitarbeiter	Unterschrift des Vermittlers	

**Bayern-Versicherung**  
**Lebensversicherung Aktiengesellschaft**  
 Maximilianstraße 53 · 81535 München  
 Haus- und Paketanschrift:  
 Wangauer Straße 30 · 81539 München  
 Telefon +49 89 2160-0  
[www.versicherungskammer-bayern.de](http://www.versicherungskammer-bayern.de)

Vorstand: Prof. Dr. Frank Walther (Vorsitzender),  
 Barbara Schick (stellvertretende Vorsitzende),  
 Dr. Robert Heene, Andreas Kolb, Klaus G. Leyh,  
 Isabella Martorell Naßl, Dr. Stephan Spieleder  
 Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Thomas Jung  
 Handelsregister: AG München HRB 123 660  
 Sitz: München

Konten: BayernLB  
 IBAN DE03 7005 0000 0000 0240 22  
 BIC BYLADEMMXXX  
 DZ Bank AG, München  
 IBAN DE07 7016 0000 0000 0740 01  
 BIC GENODEFF701  
 Gläubiger-ID: DE61BL000000156981  
 Versicherungssteuer-Nr: 800/V20000045457  
 Umsatzsteuer-ID-Nr: DE129275125

Datenschutz ist uns wichtig. Nähere Informationen dazu finden Sie auf unserer Homepage unter der Rubrik  
 Datenschutzhinweise/Merkblätter zur Datenverarbeitung. Versicherungsbeiträge sind umsatzsteuerfrei.