

Stiftung Warentest  
 Finanztest  
**SEHR GUT (0,5)**  
 ZAHN Prestige/ die Bayerische  
 Im Test: 220 Zahnzusatztarife  
 Ausgabe 5/2018  
 www.test.de

Stiftung Warentest  
 Finanztest  
**SEHR GUT (0,5)**  
 ZAHN Prestige/ die Bayerische  
 Im Test: 234 Zahnzusatztarife  
 Ausgabe 5/2019  
 www.test.de

19ZE85

Doppelter Testsieger!



# Zahnfee für alle!

Die Zusatzversicherung ZAHN



**die Bayerische**

Versichert nach dem Reinheitsgebot

# Antrag Zusatzversicherung ZAHN

Versicherungsbeginn 

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 0 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
 Änderungsantrag / Versicherungsnummer 

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|



**1 Antragsteller/Versicherungsnehmer**

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

Name/Vorname/Titel/Firmenname  
 \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer  
 \_\_\_\_\_

PLZ 

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 Wohnort  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 E-Mail Adresse\*  
 \_\_\_\_\_

Telefon privat\* 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Telefon mobil\*  
 \_\_\_\_\_

\* freiwillige Angabe

**Zu versichernde Person** (falls nicht identisch mit Versicherungsnehmer)

Nachname  
 \_\_\_\_\_

Vorname  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

 Geschlecht  männlich  weiblich



**2 Versicherungsschutz Zusatzversicherung ZAHN**

**Variante**  Prestige  Komfort  Smart

**Zahlungsweise**  jährlich  1/2-jährlich  
 1/4-jährlich  monatlich

Beitrag 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 EUR

Hinweis zu den Zahlungsweisen: Es gelten folgende Vergünstigungen: jährlich = 5% Rabatt  
1/2- bzw. 1/4-jährlich = 2% Rabatt

**3 Annahmerichtlinien und Gesundheitsfragen zur versicherten Person**

Voraussetzung für die Krankenzusatzversicherung ist ein bestehender Versicherungsschutz bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder in der freien Heilfürsorge. Endet die Versicherung in der GKV oder in der freien Heilfürsorge, endet zu diesem Zeitpunkt auch Ihre Zusatzversicherung ZAHN.

**Hinweise zu den Gesundheitsfragen:** Bitte beantworten Sie alle 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. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht.

Sie müssen bei Frage 1 mehr als 3 fehlende Zähne angeben oder eine der Fragen 2 und 3 mit „Ja“ beantworten? Dann kann die jeweilige Person die Zahn-Zusatzversicherung leider nicht abschließen. Falls Sie sich bei den Angaben unsicher sind, halten Sie bitte zuvor Rücksprache mit Ihrem Zahnarzt.

**Hinweis:** Für alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder angetretenen Behandlungen besteht kein Versicherungsschutz.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ja                       | Nein                     |  |  |  |  |  |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Fehlen Zähne die noch nicht ersetzt sind? (außer Weisheitszähne, Milchzähne und Lückenschluss). Hier sind nur Zähne anzugeben, die tatsächlich eine Lücke im Gebiss darstellen.<br>Falls ja, Anzahl der fehlenden Zähne <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td><td style="width: 20px; text-align: center;"> </td></tr></table> |                          |                          |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |  |  |  |  |  |                          |                          |
| 2. Besteht eine herausnehmbare Voll- oder Teilprothese?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |                          |                          |
| 3. Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine/mehrere der folgenden Erkrankungen:<br>■ Parodontose/Parodontitis<br>■ Zahnschmelzdefekt*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |                          |                          |

\*Nicht anzugeben sind: Karies oder eine Aufbisschiene wegen Zähneknirschen

**Die Erstattungen sind wie folgt begrenzt:**

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>0-1 fehlender Zahn: Leistungsstaffel 1</b><br>1.250 EUR im ersten KJ<br>2.500 EUR in den ersten zwei KJ<br>3.750 EUR in den ersten drei KJ<br>5.000 EUR in den ersten vier KJ | <b>2-3 fehlende Zähne: Leistungsstaffel 2</b><br>300 EUR im ersten KJ<br>600 EUR in den ersten zwei KJ<br>900 EUR in den ersten drei KJ<br>1.200 EUR in den ersten vier KJ |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Ab dem fünften Kalenderjahr entfallen die Begrenzungen.  
**Mit der Anwendung der vereinbarten Leistungsstaffel ab Beginn des Versicherungsschutzes aufgrund des Ergebnisses der Gesundheitsfragen bin ich einverstanden.**

**4 SEPA-Lastschriftmandat** (Unterschrift zwingend erforderlich)

Ich ermächtige die Bayerische Beamten Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Bayerischen Beamten Versicherung AG von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Lastschritteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN 

|   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| D | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Kreditinstitut  
 \_\_\_\_\_

Datum 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Unterschrift des Kontoinhabers X

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet: DE16ZZ00000106478.  
 Als Mandatsreferenznummer verwenden wir Ihre Versicherungsscheinnummer.

Kontoinhaber ist Versicherungsnehmer oder folgende abweichende Person (Name/Anschrift):  
 \_\_\_\_\_

**5 Einwilligungserklärung zur Kontaktaufnahme**

Ich gestatte den Unternehmen der Bayerischen\* bzw. dem/der zuständigen Betreuer/in, mich auch telefonisch und mittels elektronischer Post über Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Unternehmensgruppe der Bayerischen zu informieren, zu beraten und mir auf diesem Wege Angebote zu Versicherungen und Finanzdienstleistungen der Unternehmensgruppe der Bayerischen zu unterbreiten. Meine Kontaktdaten dürfen zu diesem Zweck von der Unternehmensgruppe der Bayerischen gespeichert und genutzt werden.

Ja, ich bin mit der Kontaktaufnahme einverstanden. Mein Einverständnis gilt derzeit für folgende Kanäle:  
 Telefon  E-Mail  SMS-MMS  Messengerdienste

Datum 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Unterschrift des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen X

Meine Einwilligung ist freiwillig, hat keinen Einfluss auf bestehende oder zukünftige Verträge und ich kann sie jederzeit widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an: die Bayerische, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München.

\* Unternehmen der Bayerischen: Neue Bayerische Beamten Lebensversicherung AG, Bayerische Beamten Versicherung AG, die Bayerische Finanzberatungs- und Vermittlungs-GmbH, die Bayerische Online-Versicherungsagentur und -Marketing GmbH, Pangaea Life GmbH

## 6 Bestätigung zu den Informationspflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### Informationspflicht gemäß § 7 VVG

Ich habe das Informationspaket bestehend aus dem Produktinformationsblatt, dem Angebot sowie den Informationen zum Versicherungsangebot, einschließlich der dort genannten Versicherungsbedingungen, vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten.

### Vorvertragliche Anzeigepflicht gemäß § 19 Absatz 5 VVG

Die gesonderte Mitteilung über die Folgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht wurde mir vor Beantwortung der Antragsfragen ausgehändigt.

Datum  Unterschrift des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

## 7 Einwilligungserklärung zur Bonitätsprüfung

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunftei, die infocore Consumer Data GmbH, einholt. Nähere Informationen über die infocore Consumer Data GmbH finden Sie unter <https://finance.arvato.com/icdinfolblatt>.

## 8 Widerrufsbelehrung

### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 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 u. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes 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: die Bayerische Beamten Versicherung AG, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München.

### Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Beitrag, aus der Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 der oben genannten Monatsprämie. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor 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.

Ende der Widerrufsbelehrung

## 9 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

- Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Bayerische Beamten Versicherung AG
- Einwilligung in die Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten
  - Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht
  - Erklärungen für den Fall Ihres Todes
- Einwilligung in die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Bayerischen Beamten Versicherung AG (medizinische Begutachtung, Dienstleister, Rückversicherer, Vermittler)
- Einwilligung in die Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Die ganze Erklärung finden Sie zu Ihrer Information auf der Rückseite des Formulars.

## 10 Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass ich die Antragsfragen richtig und vollständig beantwortet habe. Ich weiß, dass ich bei unrichtigen oder unvollständigen Angaben meinen Versicherungsschutz gefährde, da der Versicherer vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern, den Vertrag kündigen oder anpassen kann.

Die Erklärungen und Hinweise habe ich gelesen. Sie enthalten u. a. Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht und zur Datenverarbeitung. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass sie Inhalt dieses Antrags/des Vertrages sind. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist beginnen kann.

Datum  Unterschrift des Antragstellers oder der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen

Unterschrift der zu versichernden Person, wenn nicht identisch mit Antragsteller

## 11 Vermittlerdaten

Abschlussvermittler 1 942026 Anteil AV1 in %   
 Abschlussvermittler 2  Kooperationspartner

Unterschrift des Vermittlers

Stempel des Vermittlers **SERVICE - ZENTRUM**  
**Rüdiger Schmidtchen**  
 Berlin-Brandenburg Schönfließer Str. 78  
 16548 Glienicke  
 Tel.: 033096-94136  
 Fax: 034905-22724  
 Sachsen-Anhalt Waldenseer Str. 19a  
 06789 O. baum-Wörlitz  
 Tel.: 034905-22722  
 www.schmidtchen.services

## Den Testsieger wählen – weil Zahngesundheit teuer werden kann.

- Beim Thema Zahngesundheit übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) lediglich die Basisversorgung.
- Für viele Leistungen gibt es nur einen Festzuschuss, der für jeden medizinischen Befund fest definiert ist (siehe Leistungskatalog der GKV).
- Die restlichen Kosten müssen die Versicherten selbst übernehmen. Der Eigenanteil steigt, je höher die Behandlungskosten sind.
- Für viele aufwendigere Maßnahmen und höherwertige Materialien müssen die Kosten sogar komplett selbst getragen werden.

## Die ausgezeichnete Zusatzversicherung ZAHN zahlt sich schnell aus:

|                                          | Rechnung  | Gesetzliche Krankenkasse zahlt | Eigenanteil ohne Krankenzusatzversicherung | Eigenanteil mit ZAHN Smart | Eigenanteil mit ZAHN Komfort* | Eigenanteil mit ZAHN Prestige |
|------------------------------------------|-----------|--------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>FÜLLUNG</b>                           | 100 EUR   | 50 EUR                         | 50 EUR                                     | 20 EUR                     | 0 EUR                         | 0 EUR                         |
| <b>KRONE</b>                             | 900 EUR   | 250 EUR                        | 650 EUR                                    | 180 EUR                    | 90 EUR                        | 0 EUR                         |
| <b>BRÜCKE</b>                            | 2.200 EUR | 400 EUR                        | 1.800 EUR                                  | 440 EUR                    | 220 EUR                       | 0 EUR                         |
| <b>IMPLANTAT INKLUSIVE KNOCHENAUFBAU</b> | 4.500 EUR | 250 EUR                        | 4.250 EUR                                  | 900 EUR                    | 450 EUR                       | 0 EUR                         |
| <b>JAHRESBEITRAG FÜR 33-JÄHRIGEN</b>     |           |                                |                                            | 171,60 EUR                 | 258 EUR                       | 391,20 EUR                    |

\* 90% Übernahme, für Zahnbehandlung 100 %

Sie sehen: Die Zusatzversicherung ZAHN rechnet sich oft schon bei einer Behandlung.

# Die Zusatzversicherung ZAHN – drei starke Varianten im Detail.



## ZAHN Smart

### DER SUPER-GÜNSTIG-TARIF

Ideal für Einsteiger  
Für alle, die Prioritäten setzen



## ZAHN Komfort

### DER PREIS-LEISTUNGS-TARIF

Mit Bonusheft-Vorteil  
Für alle, die regelmäßig zur  
Vorsorge gehen



## ZAHN Prestige

### DER RUNDUM-SORGLOS-TARIF

100 % Leistung ohne Wartezeit  
Für alle, die sich gute Zähne  
etwas kosten lassen

| ZAHNBEHANDLUNG                     | 80 %                                                              | 100 %                                                                                                                              | 100 %             |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ZAHNERSATZ                         | 80 %<br>100 % bei Regelversorgung                                 | 80 - 90 % (Bonusheft-Vorteil)<br>100 % bei Regelversorgung                                                                         | 100 %             |
| PROFESSIONELLE ZAHNREINIGUNG       | 100 % maximal 2 x 80 EUR<br>pro Kalenderjahr                      | 100 % maximal 200 EUR<br>pro Kalenderjahr                                                                                          |                   |
| KIEFERORTHOPÄDIE                   | -                                                                 | 80 - 100 % bis maximal 2.000 EUR (je nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse)<br>Ohne Altersbegrenzung, auch für Erwachsene |                   |
| MASSNAHMEN ZUR SCHMERZAUSSCHALTUNG | -                                                                 | 200 EUR pro Kalenderjahr,<br>z. B. für Akupunktur/Narkose/Hypnose                                                                  |                   |
| WARTEZEITEN                        | Zahnreinigung: 0 Monate   Zahnbehandlung und Zahnersatz: 6 Monate |                                                                                                                                    | keine Wartezeiten |

**Stiftung Warentest**  
**Finanztest**  
**1**  
**SEHR GUT (0,5)**  
ZAHN Prestige/ die Bayerische  
Im Test: 234 Zahnzusatztarife  
Ausgabe 5/2019  
www.test.de  
19ZE85

#### Versichern kann sich jeder\*, ...

- ... der höchstens drei fehlende Zähne hat.
- ... der keine herausnehmbare Voll- oder Teil-Prothese hat.
- ... der in den letzten drei Jahren keine der folgenden Erkrankungen hatte:

- Parodontose, Parodontitis
- Zahnschmelzdefekt\*\*
- Kiefergelenkserkrankung CMD (craniomandibuläre Dysfunktion)\*\*

#### Fairer Hinweis:

Kein Versicherungsprodukt kann alles leisten.  
In der Zusatzversicherung ZAHN besteht kein Versicherungsschutz für bei Vertragsabschluss bereits begonnene oder angeratene Behandlungen.

Wir informieren Sie dazu gerne.

\*Voraussetzung ist die Mitgliedschaft in einer GKV oder freien Heilfürsorge.  
\*\*Nicht anzugeben sind Karies oder eine Aufbisschiene wegen Zähneknirschen

#### Einfache Risikoprüfung vor Ort – schnelle Entscheidung sofort

Ob online oder im PDF-Antrag, die Entscheidung über Annahme oder Ablehnung wird sofort zu Beginn des Antragsprozesses getroffen.

Das bedeutet Klarheit von Anfang an und spart zeitintensive Folgetermine und Rückfragen.

#### Zwei einfache Leistungsstaffeln für alle drei Varianten:

##### 0 - 1 fehlender Zahn:

- 1.250 EUR im ersten Kalenderjahr
- 2.500 EUR in den ersten zwei Kalenderjahren
- 3.750 EUR in den ersten drei Kalenderjahren
- 5.000 EUR in den ersten vier Kalenderjahren

Ab dem fünften Kalenderjahr oder bei Unfällen entfallen die Begrenzungen.

##### 2 - 3 fehlende Zähne:

- 300 EUR im ersten Kalenderjahr
- 600 EUR in den ersten zwei Kalenderjahren
- 900 EUR in den ersten drei Kalenderjahren
- 1.200 EUR in den ersten vier Kalenderjahren

#### Und so günstig ist der Schutz – Ihr Monatsbeitrag:

| ALTER          | ZAHN Smart | ZAHN Komfort | ZAHN Prestige |
|----------------|------------|--------------|---------------|
| 0 - 15 JAHRE   | 5,70 EUR   | 19,00 EUR    | 21,10 EUR     |
| 16 - 20 JAHRE  | 7,50 EUR   | 16,30 EUR    | 18,60 EUR     |
| 21 - 25 JAHRE  |            |              | 25,00 EUR     |
| 26 - 30 JAHRE  | 14,30 EUR  | 21,50 EUR    |               |
| 31 - 35 JAHRE  |            |              | 32,60 EUR     |
| 36 - 40 JAHRE  | 18,50 EUR  | 28,20 EUR    |               |
| 41 - 45 JAHRE  | 20,90 EUR  | 31,90 EUR    | 41,40 EUR     |
| 46 - 50 JAHRE  | 23,30 EUR  | 35,70 EUR    | 46,80 EUR     |
| 51 - 55 JAHRE  | 26,60 EUR  | 41,00 EUR    | 54,40 EUR     |
| 56 - 60 JAHRE  | 29,00 EUR  | 44,80 EUR    | 59,90 EUR     |
| 61 - 65 JAHRE  | 31,70 EUR  | 49,10 EUR    | 66,20 EUR     |
| 66 - 70* JAHRE | 32,40 EUR  | 50,10 EUR    | 67,50 EUR     |

\*Beiträge für Kunden ab 70 Jahren bitte über VOIS oder online berechnen





## Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.

Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Bayerische Beamten Versicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. unseren konzernangehörigen IT-Dienstleister, die Bayerische IT GmbH, weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb unseres Unternehmens (unter 3.)
- und wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

### 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch unser Unternehmen

- Ich willige ein, dass der Versicherer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Falls wir zur Risikobeurteilung im Antrags- bzw. Antragsverfahren oder zur Prüfung der Leistungspflicht Gesundheitsdaten bei Dritten abfragen müssen, werden wir uns direkt an Sie wenden.

#### 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für unser Unternehmen konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

- Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrages über.

### 3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

- Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an den Versicherer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Bayerischen oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und – soweit erforderlich – für die anderen Stellen. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter ([www.diebayerische.de](http://www.diebayerische.de)) eingesehen oder bei

Bayerische Beamten Versicherung AG,  
Service-Center, Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München,  
[info@diebayerische.de](mailto:info@diebayerische.de), Tel.: 089/ 67 87 0, angefordert werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

- Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Bayerischen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsleistungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie von uns unterrichtet.

- Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

- Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

### 4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

- Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Bayerische Beamten Versicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Den jeweils Verantwortlichen entnehmen Sie bitte Ihren Vertragsunterlagen:

Bayerische Beamten Versicherung AG  
Thomas-Dehler-Str. 25  
81737 München  
Tel. 089 / 6787-0  
Fax 089 / 6787-9150  
E-Mail [info@diebayerische.de](mailto:info@diebayerische.de)

Unsere Datenschutzbeauftragte erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz-Datenschutzbeauftragter oder per E-Mail unter: [datenschutz@diebayerische.de](mailto:datenschutz@diebayerische.de)

### 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. Diese können Sie im Internet unter [https://www.diebayerische.de/media/pdf\\_dateien\\_1/datenschutz/code\\_of\\_conduct\\_09-12.pdf](https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/datenschutz/code_of_conduct_09-12.pdf) abrufen.

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 Schaden 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 mit einer Versicherungsgesellschaft der Bayerischen bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, 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, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. 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 berechtigte Interessen von uns oder von 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 Unternehmen der Gruppe die Bayerische und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Berichtspflicht. 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 Vertrags- und ggf. Schadendaten 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.

Im Bereich der Krankenzusatzversicherung ist die E+S Rückversicherung AG für uns als Rückversicherung tätig. Nähere Informationen stellt Ihnen diese hier zur Verfügung: <https://www.es-rueck.de/datenschutz.de>. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

**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 Schadendaten. 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.

**Unternehmensgruppe in der Datenverarbeitung:** 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 [https://www.diebayerische.de/media/pdf\\_dateien\\_1/49\\_1/490010\\_dienstleisterliste.pdf](https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/49_1/490010_dienstleisterliste.pdf) 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 jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter [https://www.diebayerische.de/media/pdf\\_dateien\\_1/49\\_1/490010\\_dienstleisterliste.pdf](https://www.diebayerische.de/media/pdf_dateien_1/49_1/490010_dienstleisterliste.pdf) entnehmen.

**Schadenregulierung in der Rechtsschutzversicherung:** Wir übermitteln Ihre Daten zum Zweck der Schadenregulierung an die Jurpartner Services GmbH als unser Schadenabwicklungsunternehmen nach § 164 VAG. Rechtsgrundlage dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 b) und f) DSGVO. Übermittlungen auf Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur Jurpartner Services GmbH und den Einzelheiten der Datenverarbeitung finden Sie unter: [https://www.rolandrechtsschutz.de/media/rechtsschutz/pdf/datenschutz\\_1/JPS-Informationsblatt.pdf](https://www.rolandrechtsschutz.de/media/rechtsschutz/pdf/datenschutz_1/JPS-Informationsblatt.pdf)

**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. 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.

### Widerspruchsrecht

**Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.**

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

**Verarbeiten wir Ihre Daten aufgrund Ihrer Einwilligung, so können Sie die Einwilligung jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

### Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht  
Postfach 606 | 91511 Ansbach | Deutschland

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft. Die Bayerische Beamten Versicherung AG 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 unter:

[https://www.informa-his.de/fileadmin/HIS/Informationsblatt\\_EU-DSGVO\\_Anfrage.pdf](https://www.informa-his.de/fileadmin/HIS/Informationsblatt_EU-DSGVO_Anfrage.pdf)

### Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) 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 Auskunfteien (z.B. infocore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Nähere Informationen über die infocore Consumer Data GmbH finden Sie unter:

<https://finance.arvato.com/icinfoblatt>



Doppelter Testieger!

 **die Bayerische**  
Versichert nach dem Reinheitsgebot



die Bayerische  
Thomas-Dehler-Str. 25, 81737 München  
diebayerische.de  
Bayerische Beamten Versicherung AG  
Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Alexander Hemmelrath;  
Vorstand: Martin Gräfer (Vorsitzender),  
Thomas Heigl, Dr. Herbert Schneidemann.  
Sitz und Registergericht: München; Reg.-Nr. HR B 41 186

B 261027 (09/19)

Porto  
zahlt  
Empfänger

**ANTWORT**

die Bayerische  
Thomas-Dehler-Str. 25  
81737 München

**Lösung mit vielen Vorteilen:**

**Die Zusatzversicherung ZAHN der Bayerischen**

- ★ **Leistungstark:** bis zu 100 % Kostenübernahme (zusammen mit einer eventuellen Vorleistung der GKV/freien Heilfürsorge).
- ★ **Individuell:** drei bewährte Leistungsvarianten: Smart, Komfort und Prestige.
- ★ **Vorbeugend:** professionelle Zahnreinigung ist in allen Tarifen jährlich inklusive – ohne Wartezeit.
- ★ **Außergewöhnlich:** auf Wunsch inklusive Kieferorthopädie, auch für Erwachsene und mit besonderen Maßnahmen zur Schmerzausschaltung.
- ★ **Einfach und klar:** nur drei Gesundheitsfragen und zwei Leistungsstaffeln für alle drei Varianten.
- ★ **Günstig:** Tarife nach Art der Schadenversicherung, Beitragssprünge frühestens alle fünf Jahre.

