



Initiative Gesundversichert e.V.

Aufnahmeantrag

Vorname, Name		Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	
Straße, Nr		Geburtsdatum	
Postleitzahl	Ort	E-Mail	

Mitgliedschaft

Ich beantrage die Mitgliedschaft in der „Initiative Gesundversichert e.V.“ als Empfehlungsmitglied (ohne Stimmrecht und ohne Mitgliedsbeitrag) auf Empfehlung von:

Name und Anschrift des Kompetenz- oder Fördermitglieds	Mitgliedsnummer
--	-----------------

Besondere Vereinbarung

Bei Beantragung einer Versicherung mit besonderen Bedingungen für Mitglieder der Initiative Gesundversichert e.V. bei der Württembergischen Lebensversicherung AG und/oder Württembergische Krankenversicherung AG gilt die Ausstellung des Versicherungsscheins als Bestätigung der Mitgliedschaft. Die Versicherungsnummer ist zugleich die Mitgliedsnummer. Auf eine gesonderte Bestätigung der Mitgliedschaft wird verzichtet.

Schlusserklärung

Ich habe eine Kopie des Aufnahmeantrages einschließlich der Vereinssatzung erhalten. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Satzung in der gültigen Fassung anerkenne und mich 2 Monate an diesen Antrag gebunden halte. **Die Mitgliedschaft beginnt zum Ersten des Monats nach Antragstellung.**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die im Zusammenhang mit der beantragten Mitgliedschaft erhobenen Daten zum Zwecke der ordnungsgemäßen Bearbeitung bzw. Verwaltung der Mitgliedschaft gespeichert, in einer gemeinsamen Datensammlung geführt und – soweit für die ordnungsgemäße Abwicklung versicherungsvertraglicher Beziehungen erforderlich – an Versicherer weitergegeben werden. Der Vermittler erhält eine Kopie dieses Aufnahmeantrages. Die übrigen Vorschriften des Datenschutzgesetzes bleiben unberührt.

Die Initiative Gesundversichert e.V. darf mich telefonisch, schriftlich per Briefpost, Telefax oder E-Mail (Nichtzutreffendes bitte streichen) über Vereins- und Vorsorgethemen informieren. Wenn ich einwillige, geschieht dies freiwillig. Die Einwilligungserklärung kann ich jederzeit schriftlich per Post, Telefax oder E-Mail widerrufen.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------

Richtig vorsorgen

Mit den Produkten der Württembergische Lebensversicherung AG.

Abschluss einer:

- Berufsunfähigkeitsversicherung mit vereinfachten Gesundheitsfragen

Ihr Fels in der Brandung.

Antrag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit vereinfachten Gesundheitsfragen

Innerhalb eines Kollektivrahmenvertrages mit der Initiative Gesundversichert e.V.

Bitte senden Sie den vollständig eingescannten Antrag an Ideenwerk: info@ideenwerk.ag

Kunden-Nr.	Modell	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ
-	<input type="checkbox"/> R			

Mitwirkung	Anteil Mitw.	Abweichende Abschluss-Agentur	<input type="checkbox"/> Versand an Vermittler
Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	
	%	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.
		PZ	



Antragsteller (Versicherungsnehmer) 1 Herr 2 Frau

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller ist) 1 Herr 2 Frau

Die zu versichernde Person hat sich ausgewiesen durch ihren Personalausweis, Reisepass oder Führerschein.

Titel, Vorname, Nachname		
Straße, Hausnummer		
Länderkennzeichen	Postleitzahl	Wohnort
D-		
Geburtsdatum	Geburtsort	
Geburtsname		Staatsangehörigkeit
Telefon	E-Mail	

Titel, Vorname, Nachname		
Straße, Hausnummer		
Länderkennzeichen	Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsort	
Geburtsname		Staatsangehörigkeit
Telefon	E-Mail	

Ja, ich beantrage die Berufsunfähigkeitsversicherung mit vereinfachten Gesundheitsfragen.

Tarifdaten und Beitrag

Tarif (siehe am Ende des Dokuments)

--

Überschussverwendung
(Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)

* Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen

Versichert werden alle Berufe der Berufsklassen 1-6.

Beginn der Versicherung	Tag	Monat	Jahr	Eintrittsalter ¹⁾	Jahre	Beitragszahlungsendalter:	Jahre	Versicherungsendalter:	Jahre	Leistungsendalter ²⁾	Jahre
	0	1									

- Das Höchst Eintrittsalter beträgt 45 Jahre, bei der Einsteiger-BU (Tarif BURVN) 30 Jahre.
- Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt.

Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente (max. 1.500 EUR (Berufsklasse 4-6) bzw. 2.000 EUR (Berufsklasse 1-3)) **EUR**
Beitragsbefreiung im Leistungsfall inklusive

Fondsanlage **W&W Quality Select Aktien Welt zu 100%**
(Fondsbeschreibung siehe Verbraucherinformationen)

Beitragsverrechnung

Garantierte Rentensteigerung, sobald Leistungspflicht besteht.*
Jährliche Steigerung: 1 % 2 % 3 %

Karenzzeit:* 3 Monate 6 Monate 9 Monate 12 Monate
 15 Monate 18 Monate 21 Monate 24 Monate

(Bei einer Karenzzeit von 9 oder 12 Monaten muss das Leistungsende mindestens 1 Jahr nach dem Versicherungs- und Beitragszahlungsende liegen. Bei einer Karenzzeit über 12 Monate muss das Leistungsende mindestens 2 Jahre später sein.)

Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Tarif AUZ)* (nicht mit der Karenzzeit kombinierbar)

Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Anpassung des Gesamtbeitrages erfolgt um jährlich 3% des Vorjahresbeitrages oder

- um jährlich _____ % des Vorjahresbeitrages (möglich sind 1 % bis 5 %).
- entsprechend der Steigerung des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung (West), mindestens jedoch um 5 % des Vorjahresbeitrages.
- Eine Erhöhung wird nicht gewünscht.

Monatlicher Beitrag (Rundungsdifferenz ist möglich) **EUR**

Monatlicher Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr (bei Beitragsverrechnung, Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen) **EUR**

Bei der Einsteiger-BU (Tarif BURVN) handelt es sich jeweils um den Anfangsbeitrag zu Beginn der Staffelpphase. Der Beitrag steigt jährlich bis zum 11. Versicherungsjahr an (siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung).

Monatlicher Beitrag ab 11. Versicherungsjahr nach Beendigung der Staffelpphase (nur bei der Einsteiger-BU [Tarif BURVN]) **EUR**

Anpassungsvereinbarung
(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)



■ **Bezugsrecht**
(auch für die im Versicherungsfall auszuzahlende Überschussbeteiligung)

Berufsunfähigkeitsversicherung	Im Leistungs- bzw. Erlebensfall	<input type="checkbox"/> die versicherte Person oder <input type="checkbox"/> der Antragsteller (Versicherungsnehmer) Der Versicherungsnehmer ist: <input type="checkbox"/> Elternteil-/ Großelternanteil der zu versichernden Person oder <input type="checkbox"/> Ehegatte der zu versichernden Person <input type="checkbox"/> Wünschen Sie ein anderes Bezugsrecht , so muss geprüft werden, ob der Vertrag versicherungsteuerpflichtig wird. Geben Sie bitte Name, Geburtsdatum und Anschrift an.
	Im Todesfall	<input type="checkbox"/> der Ehegatte, mit dem oder <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist

■ **Besondere Vereinbarungen/Hinweise**
(Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen)

■ **Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person**
(bei BU-Monatsrenten in Höhe von maximal 1.500 bzw. 2.000 EUR)

Da wir auf Ihre Angaben angewiesen sind, um das Risiko und den Beitrag angemessen einschätzen zu können, bitten wir Sie, alle Fragen richtig und vollständig zu beantworten. **Falls Sie die gestellten Fragen unrichtig oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden oder sogar verlieren können. Bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die Württembergische Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Anlage „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ (direkt im Anschluss an dieses Antragsformular).**

Hinweis: Bei den folgenden Fragen müssen Sie **Behandlungen** oder **Medikamenteneinnahmen** zu **ausgeheilten Erkältungskrankheiten, Zahnbehandlungen oder routinemäßigen Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund nicht** angeben. Behandlungen können sowohl von **Ärzten, Osteopathen, Ergotherapeuten, Logopäden** als auch von **Heilpraktikern oder Physio-/Psychotherapeuten** durchgeführt worden sein.

Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand			
		Nein	Ja
1.	Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate aus gesundheitlichen Gründen länger als zwei Wochen zusammenhängend außerstande , Ihre berufliche bzw. schulische oder studentische Tätigkeit auszuüben und/ oder sind Sie derzeit voll oder teilweise arbeitsunfähig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kommen oder kamen bei Ihnen innerhalb der letzten 12 Monate in regelmäßigen Abständen (z.B. täglich, wöchentlich oder monatlich) Medikamente , z.B. Tabletten, Spritzen, Infusionen oder Sprays, zur Anwendung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Werden Sie aktuell oder wurden Sie in den letzten 2 Jahren häufiger als 3 Mal wegen derselben Erkrankung oder Funktionsstörung behandelt, beraten oder untersucht? Dies beinhaltet auch die Verschreibung/Abholung eines Rezeptes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Wurden Sie innerhalb der letzten 3 Jahre aufgrund einer Erkrankung der Psyche in Folge eines Trauerfalls beraten oder behandelt (einmalige, abgeschlossene Behandlung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Werden oder wurden Sie innerhalb der letzten 5 Jahre aufgrund einer der nachfolgenden Erkrankungen beraten oder behandelt: a) Psyche (z.B. Depression, Angststörung, ADHS, chronische Schmerzstörung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch; nicht anzugeben: einmalige, abgeschlossene Behandlung aufgrund eines Trauerfalls wie in 4.), b) Bewegungsapparat (z.B. an Wirbelsäule oder Gelenken), c) Tumor- oder Krebserkrankungen d) Multiple Sklerose Dies beinhaltet auch die Verschreibung/Abholung eines Rezeptes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Sind Sie aktuell oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren für mehr als 3 Tage in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Klinik oder einer Kur- bzw. Reha-Klinik stationär oder teilstationär aufgenommen oder ist eine Aufnahme geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche Angaben zum Beruf und zur Versorgungssituation

		Nein	Ja
7.	Besteht für Sie bereits eine Invaliditätsversicherung (gegen Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit, Verlust einer Grundfähigkeit) oder ist eine solche beantragt? Falls ja, in welcher Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls eine der Fragen 1. bis 7. mit „ja“ beantwortet werden, sind dazu weitere Auskünfte erforderlich.

Fragen zu besonderen Gefahren

8.	Sind Sie besonderen Gefahren bei Sport und Hobby (z. B. Flugsport aller Art, Motorsport (nur anzugeben bei Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit), Bergsport (nur anzugeben bei Bergsteigen über 5.000 m Höhe, Klettern ab Schwierigkeitsgrad 7 UIAA (In- oder Outdoor), Klettersteiggehen ab Schwierigkeitsgrad D, Solo-, Speed-, Höhlen-, Gebäude-, Wettkampf-, Eisklettern oder Freeclimbing sowie Expedition/Erstbegehung), Tauchsport, Reitsport, Kampfsport oder andere Extremsportarten) ausgesetzt? Wenn ja, welche? Bitte entsprechenden Zusatzfragebogen ausfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----	---	--------------------------	--------------------------

9.	Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben! <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
----	--	--	--

10.	Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße ? Größe _____ cm Gewicht _____ kg		
-----	---	--	--

11.	Sind Sie Nichtraucher (Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak, Schnupftabak, Wasserpfeife, Shisha, E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--	--------------------------	--------------------------

12.	Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit ? _____ EUR		
-----	---	--	--

Zusätzliche Angaben zu den Gesundheitsfragen

Falls mindestens eine der Fragen 1. bis 8. mit „ja“ beantwortet wird, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Reichen die vorgesehenen Antragsfelder nicht aus, so sind weitere Angaben mit der jeweiligen Antragsziffer auf einem Beiblatt mit Unterschrift zu machen (Art und Verlauf der Erkrankung, Datum und Dauer der Begandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers.).

Frage-Nr.	Angaben

Der Versicherer behält sich vor, in begründeten Einzelfällen eine Gesundheitsprüfung zu verlangen.

■ Fragen zur Tätigkeit der zu versichernden Person

* = einschließlich Magister

1.	Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):
2.	Bei Schülern Schulart (z. B. Gymnasium, Montessorischule):	Bei Studenten Studiengang (z. B. Maschinenbau, Medizin):
3.	Hat die zu versichernde Person einen Hochschulabschluss?	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Staatsexamen* <input type="checkbox"/> Keinen
	Hat die zu versichernde Person eine Berufsausbildung oder eine qualifizierende Weiterbildung?	<input type="checkbox"/> Kaufmann <input type="checkbox"/> Industrie <input type="checkbox"/> Handwerk <input type="checkbox"/> Techniker/Meister <input type="checkbox"/> Fachwirt/Betriebswirt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Keine
4.	Welchen Anteil hat die Bürotätigkeit bzw. aufsichtführende Tätigkeit, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit der zu versichernden Person?	<input type="checkbox"/> unter 25 % <input type="checkbox"/> 50 %-74 % <input type="checkbox"/> 25 %-49 % <input type="checkbox"/> 75 %-100 %
5.	Ist die zu versichernde Person Angestellter, Beamter, Selbstständiger, Gewerbetreibender oder Geschäftsführer mit Leitungsfunktion? Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der zu versichernden Person geführt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unter 5 <input type="checkbox"/> mindestens 10 <input type="checkbox"/> 5-9

Zu versichernde Person: Titel, Vorname, Nachname	Geburtsdatum	Ort, Antragsdatum
--	--------------	-------------------

■ Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (gilt für die zu versichernde Person)

Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 Württembergische Lebensversicherung 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. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere 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 unten (3.2.) 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Württembergische Lebensversicherung AG (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 die Württembergische Lebensversicherung AG

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG 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

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass wir die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen müssen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen (z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs) ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen. Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfällprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Württembergische Lebensversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Württembergische Lebensversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Württembergische Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

Ich wünsche, dass mich die Württembergische Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

■ in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Württembergische Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Württembergische Lebensversicherung AG einwillige

■ oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Württembergische Lebensversicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

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 uns 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.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Württembergische Lebensversicherung AG

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 die Württembergische Lebensversicherung AG 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 die Württembergische Lebensversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Württembergische Lebensversicherung AG 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 Wüstenrot & Württembergische Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtbindung 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 für die Württembergische Lebensversicherung AG finden Sie unter der Rubrik „Erklärungen und Hinweise“.

Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/dienstleister bei Eingabe des Produktcodes „LV79589“ eingesehen oder angefordert werden bei Württembergische Lebensversicherung AG, W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim, Telefon: 0711/662-0, E-Mail: kundenservice@wuerttembergische.de.

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

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG 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 die Württembergische Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Wüstenrot & Württembergische Gruppe 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 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 meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Württembergische Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte 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 die Württembergische Lebensversicherung AG 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 die Württembergische Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

■ **Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer durch Einwilligung der zu versichernden Personen**

Folgende Einwilligung ist nur relevant, wenn die zu versichernde Person bzw. die ggf. mitzuversichernde Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist: Die Württembergische Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Gesundheitsdaten der zu versichernden Person(en) an den Versicherungsnehmer der beantragten Versicherung weiter. Gleichwohl kann es im Rahmen der Antrags-, Vertrags- bzw. Leistungsbearbeitung erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer auf versicherungsrechtlicher Grundlage Daten zur Kenntnis zu geben, die Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der zu versichernden Person bzw. der ggf. mitzuversichernden Person zulassen.

So erfährt der Versicherungsnehmer im Rahmen der ihm zur Verfügung zu stellenden Vertragsunterlagen, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken in den Vertrag aufgenommen wurden. Anlässlich einer Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dem Versicherungsnehmer zur Begründung unserer Leistungsentscheidung auch Gesundheitsdaten zu übermitteln.

Die zu versichernde Person bzw. die ggf. mitzuversichernde Person willigt ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG ihre Gesundheitsdaten in diesen Fällen an den Versicherungsnehmer übermitteln darf.

■ **Einwilligungserklärung (gilt für den Antragsteller)**

Ich möchte auch weiterhin aktiv beraten und informiert werden:

- Ja, ich bin einverstanden, dass mich die W&W-Gruppe per Telefon über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe und nachfolgend genannter weiterer Finanzdienstleister informiert.
- Ja, ich bin einverstanden, dass mich die W&W-Gruppe per E-Mail, SMS, Messaging-Dienst oder Sozialem Netzwerk über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe und nachfolgend genannter weiterer Finanzdienstleister informiert.

Weitere Erläuterungen dazu finden Sie unter Erklärungen und Hinweise. Die jeweilige Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Mein Widerruf hat keinen Einfluss auf bestehende Verträge. Er wirkt erst für die Zukunft.

■ **Wichtig für den Antragsteller**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte den Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Anlage am Ende des Antragsformulars, die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen und die wichtigen Hinweise. **Die Erklärungen enthalten auch Ermächtigungen zur Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken.** Die Schlusserklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie sind mit Ihrer Unterschrift Inhalt dieses Antrages.

Der Inhalt dieses Antrages wurde vollständig zur Kenntnis genommen. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird hiermit versichert.

Nebenabreden bedürfen der Schriftform und sind ausschließlich in den Antrag aufzunehmen.

■ **Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen**

Wichtig!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorvertraglichen Dokumente vor Abgabe meiner Vertragserklärung in Textform erhalten habe.

Diese umfassen:

- Antragsformular
- Beratungsprotokoll
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Persönlicher Vorschlag/Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung
- Information gemäß § 7 VVG
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung
- Steuerliche Informationen
- Datenschutzhinweise

Falls Unterlagen in elektronischer Weise (z.B. durch CD, E-Mail) zugehen, bitte ankreuzen:

- Die Unterlagen habe ich in Textform auf elektronischem Weg erhalten. Hiermit bin ich einverstanden.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

■ **Beitragszahlung**

Abweichend von § 33 Abs. 1 VVG in Verbindung mit § 152 Abs. 3 VVG ist der erste Versicherungsbeitrag bereits unverzüglich nach der Übergabe des Versicherungsscheines zu zahlen.

■ **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Württembergische Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Württembergische Versicherung AG von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich weiß, dass durch diese Rückerstattung mein Versicherungsschutz gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehme ich den Versicherungsbedingungen meines Vertrages.

Der Versicherer wird spätestens 5 Tage vor Einreichung der ersten Lastschrift und bei Änderungen über den Lastschriftbetrag und Belastungstag informieren. Ich verpflichte mich, dem Versicherer stets meine aktuellen Adressdaten mitzuteilen.

Der Versicherer wird sie an die Württembergische Versicherung AG weiterleiten.

Württembergische Versicherung AG, Kornwestheim
Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ00000052734

Das Lastschriftmandat mit diesem Konto soll verwendet werden

- für diesen Vertrag.
- für alle meine bestehenden Versicherungsverträge bei der Württembergische Versicherung AG, der Württembergische Lebensversicherung AG, der Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, der Württembergische Krankenversicherung AG.

Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer

Vorname, Nachname, Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Angaben zum Konto
Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

LKZ Prüfz. zusätzlich Auslands-IBAN

Ort Datum **Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Versicherungsnehmer**

Ich erteile mit meinen Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat die obige Ermächtigung zugunsten der Württembergische Versicherung AG sowie die Anweisung an mein Kreditinstitut.

Hiermit willige ich ein, dass der mir benannte erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages/der Versicherungsverträge fällig wird.

■ **Ihr Widerrufsrecht**

Sie haben ein 30-tägiges Widerrufsrecht. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein unter „Ihre Widerrufsbelehrung“.

■ **Unterschriften mit voll
ausgeschriebenen Vor- und
Nachnamen**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber), bei Firmen zusätzlich Firmenstempel

Unterschrift der zu versichernden Person (erforderlich, wenn diese nicht Antragsteller ist)

Unterschrift(en) aller gesetzlichen Vertreter (immer erforderlich, wenn Antragsteller, zu versichernde Person und/oder mitzuversichernde Person minderjährig ist/sind)

Unterschrift des Vermittlers (Ich bestätige die Angabe des Geburtsdatums der zu versichernden Person[en].)

VNR

05 – –

Kollektivnummer

01 – 1401330 – 47

Verwaltungsgruppennummer

01 – 4403116 – 71

Kollektivvereinbarungsnummer

1904551

Erklärungen und Hinweise

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz auch dann mit dem im Versicherungsschein angegebenen Tag beginnt, wenn zu diesem Zeitpunkt die Widerrufsfrist noch nicht abgelaufen ist.

Rechtsnachfolge

Sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt, wird im Falle seines Todes die versicherte Person Versicherungsnehmer.

Ist die versicherte/mitversicherte Person minderjährig, wird bis zu deren Volljährigkeit ein gesetzlicher Vertreter bzw. Vormund treuhänderisch als Versicherungsnehmer vorgemerkt.

Wichtige Hinweise

Die für den jeweiligen Tarif maßgebenden Versicherungsbedingungen werden Bestandteil des Versicherungsvertrages.

Vorläufiger Versicherungsschutz bei den Tarifen BURV und BURVN

Aufgrund des gestellten Antrages besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz“ auf diesem Antragsformular.

Information zur Beurteilung des wirtschaftlichen Interesses/Klärung von widersprüchlichen Angaben

Die Württembergische Lebensversicherung AG beauftragt die Firmen Info Partner KG, Bahnhofplatz 18, 82110 Germering und Creditreform, Kriegsstraße 236-240, 76135 Karlsruhe mit der Sachverhaltsermittlung sowie der Prüfung der Angemessenheit des Versicherungsschutzes im Zusammenhang mit der Antragstellung und Vertragserfüllung, sofern dies aufgrund der Höhe der beantragten Versicherungssumme oder zur Klärung von widersprüchlichen Angaben im Leistungsfall erforderlich ist.

Wichtiger Hinweis bei bestehenden Verträgen im W&W Konzern bei Abschluss eines Tarifs „bekannte Gesundheitsfragen“

Bereits bekannte Risiken bei Personenversicherern des W&W-Konzerns werden durch die Württembergische Lebensversicherung AG entsprechend geprüft und können zu einer Einschränkung/Ablehnung des Versicherungsschutzes bzw. einem erhöhten Beitrag führen.

Die Württembergische Lebensversicherung AG behält sich das Recht vor, eine (ggf. erneute) Gesundheitsprüfung durchzuführen.

Der Abschluss mit vereinfachten Gesundheitsfragen ist nicht möglich, wenn für die versicherte Person bereits eine Invaliditätsversicherung (gegen Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit, Verlust einer Grundfähigkeit) besteht, eine solche beantragt ist oder Anträge zurückgestellt oder abgelehnt wurden.

Ihre Einwilligung zu einer umfassenden Beratung und Kontaktaufnahme zu Werbezwecken:

Mit Ihrer Zustimmung verwenden die Unternehmen der W&W-Gruppe oder die regional für Sie jeweils zuständigen Vermittler der Württembergische Versicherung AG oder der Wüstenrot Bausparkasse AG Ihre Kontaktdaten, um Sie über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe und nachfolgend genannter weiterer Finanzdienstleister per Telefon oder E-Mail, SMS, Messaging-Dienste (z. B. WhatsApp) oder Soziale Netzwerke (z.B. Facebook) informieren zu können. Bei den weiteren Finanzdienstleistern handelt es sich um die European Bank for Financial Services GmbH (85609 Aschheim) und die Oldenburgische Landesbank AG (26016 Oldenburg).

Wer nutzt Ihre Einwilligung?

Die für mich regional jeweils zuständigen Vermittler beider Gesellschaften, sowie die Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe:

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Lebensversicherung AG
- Württembergische Krankenversicherung AG
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Immobilien GmbH
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebspartner GmbH
- W&W Informatik GmbH
- W&W Asset Management GmbH
- Wüstenrot Haus-und Städtebau GmbH
- W&W Service GmbH
- W&W Interaction Solutions GmbH

Die Württembergische Versicherung sowie die genannten Personen/Unternehmen verarbeiten meine Daten zu Service- und Werbezwecken auf Grundlage des berechtigten Interesses nach Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO.

Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch gegen diese Verarbeitungen einzulegen.

Weitere Informationen zu unserem Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte erhalten Sie im Internet beim jeweiligen Unternehmen. Eine Übersicht der Unternehmen finden Sie unter www.ww-ag.com/de/impresen/impresen-uebersicht

Liste über datenverarbeitende Stellen der Württembergische Lebensversicherung AG

Stellen und Kategorien von Stellen, die **vereinbarungsgemäß ausschließlich einfache personenbezogene Daten** (z.B. Information, dass ein Lebensversicherungsvertrag besteht) für die Württembergische Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Württembergische Krankenversicherung AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebspartner GmbH
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Immobilien GmbH
- W&W Asset Management GmbH
- W&W Informatik GmbH
- W&W Service GmbH
- AltmarkVersicherungsmakler GmbH
- Adam Riese GmbH

Übertragene Aufgaben

Die Unternehmen der W&W-Gruppe verwenden Ihre Daten zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, IBAN, BIC, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

- Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV)

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Einkommensteuergesetz (EStG), wie z. B. Entgegennahme und Verarbeitung von Beitragsmeldungen, Zulaganträgen und Rentenbezugsmitteilungen

Stellen und Kategorien von Stellen, die **vereinbarungsgemäß einfache personenbezogene Daten** (z. B. Information, dass ein Lebensversicherungsvertrag besteht) **und Gesundheitsdaten** für die Württembergische Lebensversicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen:

- Berufskundliche Gutachter
Übertragene Aufgaben
Überprüfung und Auswertung der Daten für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit besteht
- Beauftragte Rechtsanwälte
Übertragene Aufgaben
Vertretung im Fall eines Rechtsstreits, rechtliche Begutachtung eines Versicherungsfalls
- Privatermittler
Übertragene Aufgaben
Sachverhaltsmittlung im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung
- Ombudsmann
Übertragene Aufgaben
Datenaustausch bei Beschwerden

Tarifbezeichnungen

(Erläuterungen siehe **Versicherungsbedingungen**)

Berufsunfähigkeitsversicherungen

Berufsunfähigkeitsversicherung

- Tarif BURV

Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung

- Tarif BURVN

Zusatzversicherungen

Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- Tarif AUZ

Tarifzusätze

Bei Tarifen mit dem Tarifzusatz „P“ handelt es sich um Einzeltarife mit BONUS-Vereinbarung.

Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung gibt der jeweilige Tarifzusatz die Berufsklasse an (z. B. BURV2).

Informationen zur Nachhaltigkeit

Sie finden auf unserer Internetseite www.wuerttembergische.de/nachhaltigkeit Informationen zur Nachhaltigkeit.

Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei den Tarifen FRH, FRHE, FBRH, FBRHE, SP, SPV, SB, SBV, BURV, BURVN, U, UV und SZ

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, wir bieten Ihnen einen vorläufigen Versicherungsschutz. Dieser beginnt bereits an dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht. Die weiteren Regelungen finden Sie in diesen zusätzlichen Bedingungen.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Todesfall-Leistung

Wenn die versicherte Person stirbt, zahlen wir die beantragte Todesfall-Leistung.

Sofern Sie eine Unfall-Zusatzversicherung beantragt haben, zahlen wir zusätzlich die Leistung bei Unfalltod, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Unfall ist während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten.
- Der Unfall führt innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zum Tod.

Im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir insgesamt höchstens 200.000 EUR. Darin sind die Leistungen aus der Unfall-Zusatzversicherung enthalten.

Stirbt die versicherte Person vor ihrem 7. Geburtstag, so ist unsere Leistung auf 8.000 EUR beschränkt.

Diese Begrenzungen gelten auch, falls Sie höhere Leistungen beantragt haben.

(2) Berufsunfähigkeits-Leistung

Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes berufsunfähig im Sinne unserer Bedingungen wird, müssen Sie uns dies innerhalb von 6 Monaten melden.

In diesem Fall zahlen wir die beantragte Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 12.000 EUR im Jahr. Außerdem befreien wir Sie von der Pflicht zur Zahlung Ihrer Beiträge.

Eine garantierte Rentensteigerung erfolgt nicht. Wir leisten keine doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall. Jegliche Überschussbeteiligung entfällt.

Eine beantragte Karenzzeit und ein beantragter Ausschluss der rückwirkenden Anerkennung gelten auch für den vorläufigen Versicherungsschutz.

Unsere Leistungen enden, wenn

- die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist oder
- die versicherte Person stirbt oder
- die beantragte Leistungsdauer endet.

Endet unsere Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und tritt danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden wieder Leistungen nach § 1 Absatz 2 dieser Bedingungen erbracht.

(3) Höchstbetrag

Wenn mehrere Anträge für dieselbe versicherte Person bei uns gestellt worden sind, gelten die in den Absätzen 1 und 2 genannten Höchstbeträge für alle Anträge zusammen.

§ 2 In welchen Fällen leisten wir aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Allgemeine Voraussetzungen

Vorläufiger Versicherungsschutz besteht nur, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie haben im Antragsformular die Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen unterzeichnet.
- Zwischen der Unterzeichnung des Antrags und dem beantragten Versicherungsbeginn liegen nicht mehr als 2 Monate.

- Sie haben uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt oder den ersten Beitrag bereits bezahlt.
- Sie haben das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht.
- Ihr Antrag bewegt sich im Rahmen unserer Tarife, Versicherungsbedingungen sowie Annahmerichtlinien (siehe § 4 Absatz 2).
- Das Antragsformular hat die versicherte Person vor ihrem 65. Geburtstag unterzeichnet. Abweichend hiervon hat die versicherte Person beim Tarif BURV das Antragsformular vor ihrem 58. Geburtstag, beim Tarif BURVN vor ihrem 31. Geburtstag unterzeichnet.
- Sie haben keinen Antrag mit Wartezeit gestellt. Abweichend besteht bei Tarif SZ auch bei vereinbarter Wartezeit vorläufiger Versicherungsschutz.
- Bei den Tarifen SB, SBV und SZ gilt zusätzlich: Wir leisten nur bei Tod durch Unfall (siehe Absatz 2)
- Bei den Tarifen BURV, BURVN und GFRV gilt zusätzlich:
Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn ein neuer Versicherungsvertrag über die Wechseloption der Berufsunfähigkeitsversicherung, über die BU-Wechseloption der Grundfähigkeitsversicherung oder im Rahmen einer Umdeckung beantragt wird.

(2) Unfalldefinition zu den Tarifen SB, SBV und SZ

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Nicht als Unfall im Sinne dieser Definition gelten Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Hierunter fallen insbesondere Unfälle, die auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen. Unfälle durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, gelten ebenfalls nicht als Unfall im Sinne dieser Bedingungen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht wurden.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antragsformular unterzeichnet bei uns eingeht. Wir leisten die Berufsunfähigkeitsrente jedoch frühestens ab dem beantragten Versicherungsbeginn.

(2) Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes

Der vorläufige Versicherungsschutz endet, sobald

- der Versicherungsschutz aus der Versicherung beginnt.
- wir Ihren Antrag ablehnen.
- Sie die von uns angeforderten Unterlagen nicht innerhalb der gesetzten Frist eingereicht haben.
- Sie Ihren Antrag anfechten oder zurücknehmen.
- der Einzugs Ihres ersten Beitrags nicht möglich war oder ihm widersprochen wurde.
- Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder nach § 5 Absätze 1 und 2 VVG widersprechen,
- wir diesen Vertrag kündigen. In diesem Fall endet der vorläufige Versicherungsschutz 2 Wochen nach Zugang unserer Kündigungserklärung.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Allgemeine Ausschlüsse

In den Versicherungsbedingungen der beantragten Versicherung sind Ausschlüsse enthalten. Diese gelten auch für den vorläufigen Versicherungsschutz.

(2) Besondere Ausschlüsse

Darüber hinaus schließen wir den vorläufigen Versicherungsschutz aus, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Versicherungsfall beruht auf Umständen, nach denen wir im Antrag fragten und die unmittelbar ursächlich für den Versicherungsfall wurden.
- Sie oder die versicherte Person hatten Kenntnis von den Umständen, bevor Sie den Antrag unterzeichneten.

Dies gilt unabhängig davon, ob die Umstände im Antrag angegeben wurden.

Es besteht dennoch Versicherungsschutz, sofern wir die versicherte Person trotz dieser Umstände nach unseren Annahmerichtlinien versichert hätten. Unsere Annahmerichtlinien enthalten insbesondere Regelungen zu versicherbaren Gesundheitsverhältnissen, zur Begrenzung der Höhe der Leistungen und zu versicherbaren Berufen.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen Beitrag. Nur im Leistungsfall erheben wir ein Entgelt in Höhe des ersten Beitrags des beantragten Versicherungsvertrages.

Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Beitrag für die Höchstsumme nach § 1. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und gegebenenfalls Zusatzversicherung?

Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung.

Dies gilt ebenso für eine mitbeantragte Unfall- und Todesfall-Zusatzversicherung.

Nicht vom vorläufigen Versicherungsschutz umfasst sind die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung und die Waisen-Zusatzversicherung.



württembergische

Ihr Fels in der Brandung.

Württembergische Lebensversicherung AG

Vorstand:

Jacques Wasserfall (Vorsitzender), Zeliha Hanning, Alexander Mayer, Jens Wieland
Aufsichtsratsvorsitzender: Jürgen A. Junker

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 280

Sitz der Gesellschaft: Kornwestheim
Telefon 0711 662-0

Besuchsanschrift:

W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim

Postanschrift: 70801 Kornwestheim

Bankverbindung:

HypoVereinsbank (UniCredit Bank AG)
Arabellastraße 12, 81925 München
IBAN: DE50 6602 0286 0002 0003 00
BIC: HYVEDEMM

Internet: <http://www.wuerttembergische.de>

Anlage: Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?

Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir den-noch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, sofern Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben.

Kündigen wir den Versicherungsvertrag, wandelt er sich in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann im Einzelfall (z. B. bei rückwirkender Einfügung eines sog. Risikoausschlusses) ebenfalls zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich innerhalb eines Monats weitere Umstände angeben.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.