



Richtig vorsorgen

Mit den Produkten der Württembergische Lebensversicherung AG.

Abschluss einer:

Klassischen Rentenversicherung

- PrivatRente
- PrivatRente KlassikClever
- PrivatRente IndexClever

Fondsgebundenen Rentenversicherung

- Genius PrivatRente
- Genius BasisRente

Risikolebensversicherung

- Risikolebensversicherung Premium
- Risikolebensversicherung Kompakt
- Sterbegeldversicherung ohne Gesundheitsfragen und mit Wartezeit
- VermögensSchutz Premium ohne Gesundheitsfragen

Berufsunfähigkeitsversicherung

- BU-Versicherung
- Einsteiger-BU

Grundfähigkeitsversicherung

ww **württembergische**

Ihr Fels in der Brandung.

- Klassischen Rentenversicherung
- Fondsgebundenen Rentenversicherung
- Risikolebensversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Grundfähigkeitsversicherung

Bitte senden Sie den vollständig eingescannten Antrag an folgende Mailadresse: **Antragsvorerfassung@ww-service-gmbh.de**

<input type="checkbox"/> Neukunde/-in	<input type="checkbox"/> ja	Adressänderung	<input type="checkbox"/> ja	Mitwirkung	Anteil Mitw.	Abweichende Abschluss-Agentur
Kunden-Nr.	Modell	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.
—	<input type="checkbox"/> R					
					%	

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

1 Herr
 2 Frau
 4 Firma

Berufliche Stellung

Angestellter der Privatwirtschaft (3)
 Gewerblicher Arbeitnehmer (4)
 Selbstständiger Handwerker (9)
 seit

Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1)
 seit

Beamter/öffentlicher Dienst (2)
 Hausfrau/-mann (6)
 Rentner, Pensionär (5)
 Schüler, Auszubildender, Student (7)
 nicht bekannt, berufslos (0)

Identifizierungspflicht nach dem Geldwäschegesetz (entfällt bei Genius BasisRente, Grundfähigkeitsversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung)

Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.), so ist stets das Formular DSLeg1 (Ziffer 2.) auszufüllen und mit den entsprechenden Nachweisen dem Antrag beizufügen.

Persönliche Steueridentifikations-Nr. des Versicherungsnehmers (nur für Tarif FBRH, FBRHE oder SR) bzw. eines anderen Bezugsberechtigten im Erlebensfall (nur für Tarif SR) in Deutschland

Steuerliche Ansässigkeit des Versicherungsnehmers außerhalb Deutschlands

[nur für klassische und fondsgebundene Rentenversicherungen (außer Genius BasisRente) und für Tarif VSE, siehe Erläuterungen am Ende des Dokumentes]

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Erläuterungen am Ende des Dokumentes und die Hinweise zu den Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit.

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

1 Herr
 2 Frau

Bei Genius BasisRente ist keine andere Person als der Versicherungsnehmer möglich.

Die zu versichernde Person und ggf. die mitzuversichernde Person hat/haben sich ausgewiesen durch ihren Personalausweis, Reisepass oder Führerschein.

Berufliche Stellung

Angestellter der Privatwirtschaft (3)
 Gewerblicher Arbeitnehmer (4)
 Selbstständiger Handwerker (9)
 seit

Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1)
 seit

Beamter/öffentlicher Dienst (2)
 Hausfrau/-mann (6)
 Rentner, Pensionär (5)
 Schüler, Auszubildender, Student (7)
 nicht bekannt, berufslos (0)

Titel, Vorname, Nachname		
Straße, Hausnummer		
Länderkennzeichen	Postleitzahl	Wohnort
D-		
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort
		Staatsangehörigkeit
Telefon	E-Mail	
Derzeitige Tätigkeit	Beruf (Ausbildung)	Branche

Identifizierungspflicht (ist grundsätzlich immer anhand eines Ausweisdokumentes vorzunehmen und eine gut lesbare Ausweiskopie beizufügen)

Erkundigungspflicht (immer erforderlich)

Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und nicht auf der einer anderen Person. Falls dies nicht zutrifft, bitte hier zusätzliche Angaben.

Name, Anschrift der Person (wirtschaftlich Berechtigter)

Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n:

Land der steuerlichen Ansässigkeit	Ausländische Steueridentifikationsnummer

Titel, Vorname, Nachname		
Straße, Hausnummer		
Länderkennzeichen	Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort
		Staatsangehörigkeit
Telefon	E-Mail	
Derzeitige Tätigkeit	Beruf (Ausbildung)	Branche



Mitversichernde Person
(nur bei Tarif SR mit W, FRH mit WAF, Tarif SPV oder SBV; bei Tarif FRH mit WAF, SPV und SBV Formular 20439 beifügen)

<input type="checkbox"/> 1 Herr	Titel, Vorname, Nachname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> 2 Frau		

Klassische Rentenversicherung

Tarife (siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Kapitalwahlrecht ausgeschlossen.

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Alter bei vereinbartem Rentenbeginn:	Jahre
Garantierte Leistungen im Erlebensfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	Altersrente (bei Tarif SR) Mindestrente (bei Tarif ARC, ARCE, IR, IRE)							EUR	
	Rentenzahlung <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich							EUR	
Garantierte Leistungen im Todesfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	Bis zum vereinbarten Rentenbeginn		Tarif ARC, ARCE, IR oder IRE	Gesamt-Kapital					
	Ab vereinbartem Rentenbeginn		Tarif ARC, ARCE, IR oder IRE	10 Jahre Rentengarantiezeit		oder		_____ Jahre Rentengarantiezeit	
			Tarif SR	90 % Beitragsrückgewähr (abzüglich gezahlter garantierter Renten und Bonusrente im 1. Versicherungsjahr) oder _____ % Beitragsrückgewähr (abzüglich gezahlter garantierter Renten und Bonusrente im 1. Versicherungsjahr) oder _____ Jahre Rentengarantiezeit					
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)									
Bis zum vereinbarten Rentenbeginn: Anlage im Sicherungsvermögen (bei Tarif ARC, ARCE) Indexbeteiligung: Index Multi-Asset Strategie (bei Tarif IR, IRE)									
Ab vereinbartem Rentenbeginn:	<input type="checkbox"/> Steigende Bonusrente <input type="checkbox"/> Rentenerhöhung <input type="checkbox"/> Bonusrente (Informationsblatt erforderlich)					Gesamtrente inkl. Überschuss im 1. Versicherungsjahr (gilt nur bei Tarif SR)		EUR	

Fondsgebundene Rentenversicherung

Tarife (siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Alter bei vereinbartem Rentenbeginn:	Jahre
Garantierte Altersrente je 10.000 EUR Rentengarantiekapital entsprechend Rentenzahlung (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)								EUR	
<input type="checkbox"/> Kapitalwahlrecht ausgeschlossen. Bei den Tarifen FBRH und FBRHE gibt es kein Kapitalwahlrecht.			Rentenzahlung		<input type="checkbox"/> Monatlich (bei den Tarifen FBRH und FBRHE immer vereinbart)		<input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich		
Garantierte Leistungen im Todesfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)									
Vor Beginn der Phase des flexiblen Rentenübergangs				EUR (0 % bis 200 % der Beitragssumme der Hauptversicherung bei den Tarifen FRH und FRHE, 0 % bis 60 % bei den Tarifen FBRH und FBRHE)					
Ab vereinbartem Rentenbeginn: Rentenzahlung für mindestens				1 0 Jahre		oder		_____ Jahre (Für die Tarife FBRH und FBRHE siehe Versicherungsbedingungen)	
Garantieformen (bitte genau eine Garantieform auswählen)				<input type="checkbox"/> Garantieplan und Beitragsgarantie <input type="checkbox"/> Garantieplan		<input type="checkbox"/> Beitragsgarantie <input type="checkbox"/> ohne Garantie			
(Garantieplan: stufenweise, von der Fondsentwicklung abhängige Anhebung des Garantie-Guthabens, siehe auch Versicherungsbedingungen)									
Garantie-Guthaben aus Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn: (bei Garantieform „Garantieplan“ bzw. „ohne Garantie“ immer 0 %) Voraussetzung ist eine durchgehende Zahlung der vereinbarten Beiträge.								_____ % (0 % bis 90 % der Beitragssumme der Hauptversicherung)	
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)									
Bis Rentenbeginn: Anlage im Gesamt-Guthaben				Ab Rentenbeginn: <input type="checkbox"/> Steigende Bonusrente <input type="checkbox"/> Rentenerhöhung <input type="checkbox"/> Bonusrente (Informationsblatt erforderlich)					

Risikobereitschaft und Fondsauswahl
Es ist nach der Risikobereitschaft des Antragstellers (Versicherungsnehmers) gefragt. Nur auszufüllen bei Tarifen FRH, FRHE, FBRH und FBRHE.

Welcher Anlegertyp entspricht Ihrer Risikobereitschaft in den freien Fonds? Der Anlegertyp ist auch auszuwählen, wenn eine individuelle Fondsauswahl gewünscht wird. Bitte wählen Sie nur einen Anlegertyp aus.					
Anlegertyp Anlagestrategie	<input type="checkbox"/> sicherheitsorientiert Bitte Fonds immer individuell auswählen.	<input type="checkbox"/> ertragsorientiert 50% W&W Euroland-Renditefonds 50% W&W Internationaler Rentenfonds	<input type="checkbox"/> gewinnorientiert mit Vermögensverwaltung 100% W&W Vermögensverwaltende Strategie	<input type="checkbox"/> gewinnorientiert 40% W&W Europa-Fonds 40% W&W Global-Fonds 20% W&W Quality Select Aktien Welt	<input type="checkbox"/> risikoorientiert 40% W&W Quality Select Aktien Welt 40% W&W Quality Select Aktien Europa 20% W&W Global Fonds
Risiko-/ Rendite-Indikator	1	1/2/3/4	1/2/3/4/5/6		1/2/3/4/5/6/7

Nur ausfüllen, falls eine individuelle Anlagestrategie gewünscht ist

Die von mir gewählte Anlagestrategie beinhaltet Fonds verschiedener Risiko-/Rendite-Indikatoren. Hierbei können ein oder mehrere Fonds risikoreicher sein als der Risiko-/Rendite-Indikator, der meinem Anlageverhalten entspricht. In der gesamten Mischung entspricht die Anlagestrategie jedoch meinem Anlageverhalten.

Individuelle Anlagestrategie

<input type="checkbox"/> Ich möchte passend zu meinem Anlegertyp eine individuelle Fondsauswahl vornehmen und wähle bis zu 5 Fonds:	Risiko-/ Rendite-Indikator	Aufteilung (Summe 100 %)
		%
		%
		%
		%
		%

Risikolebensversicherung

Tarife (siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Risikoklasse der zu versichernden Person

Risikoklasse der mitzuversichernden Person (nur bei Tarif SPV, SBV)

Sterbegeldversicherung Vermögensschutz Premium

Tarife (siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Berufsunfähigkeitsversicherung

Tarife (siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

* Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen

Grundfähigkeitsversicherung

Tarife (siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

(siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes) (nicht bei Tarif ST oder VSE; bei Tarif SPV oder SBV ist der Einschluss nur für die zu versichernde Person möglich.)

Unfall-Zusatzversicherung

(siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

(siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Waisen-Zusatzversicherung

(siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Todesfall-Zusatzversicherung

(siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Versicherungsdauer:	Jahre
Garantierte Leistung im Todesfall (mit Vereinbarung eines konstanten Todesfallschutzes)								EUR	
Garantierte Leistungen im Todesfall (mit Vereinbarung eines flexiblen Todesfallschutzes)									
Im 1. Versicherungsjahr				EUR		Im . Versicherungsjahr		EUR	
Im . Versicherungsjahr				EUR		Im letzten Versicherungsjahr		EUR	
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)									
<input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> Todesfall-Bonus									

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Versicherungsdauer:	Jahre
Garantierte Leistung im Todesfall (bei Tarif ST)								EUR	
Garantierte Mindest-Todesfall-Leistung (bei Tarif VSE in den ersten 3 Jahren 100 % Beitragssumme)									
Im 1.-3. Versicherungsjahr				EUR		ab dem 4. Versicherungsjahr		EUR	
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)									
Tarif ST, VSE: Ansammlungsbonus									

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsendalter:	Jahre	Versicherungsendalter:	Jahre	Leistungsendalter ¹⁾ :	Jahre
¹⁾ Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt.											
Garantierte BU-Rente entsprechend Rentenzahlung				EUR		Rentenzahlung		<input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich		<input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich	
Überschussverwendung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit:*											
<input type="checkbox"/> Fondsanlage <input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung Fondaufteilung (Fondsbeschreibung siehe Verbraucherinformationen): W&W Quality Select Aktien Welt zu 100 %											
<input type="checkbox"/> Garantierte Rentensteigerung, sobald Leistungspflicht besteht.* Jährliche Steigerung: <input type="checkbox"/> 1 % <input type="checkbox"/> 2 % <input type="checkbox"/> 3 %											
<input type="checkbox"/> Karenzzeit:* <input type="checkbox"/> 3 Monate <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 9 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 15 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 21 Monate <input type="checkbox"/> 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.)											
<input type="checkbox"/> Ausschluss rückwirkende Anerkennung* <input type="checkbox"/> Doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall* (nicht mit der garantierten Rentensteigerung kombinierbar) <input type="checkbox"/> Baustein Alltagsfähigkeiten* (Die versicherte Person muss mindestens 15 Jahre alt sein.) (nicht mit der doppelten Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall kombinierbar) <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Tarif AUZ)* (nur bei monatlicher Beitrags- und Rentenzahlweise) (nicht mit der Karenzzeit und / oder mit dem Ausschluss rückwirkende Anerkennung kombinierbar) <input type="checkbox"/> Führt die Beantragung der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung zu einer Ablehnung, so soll mit den zugrundeliegenden Gesundheitsangaben die selbstständige Grundfähigkeitsversicherung geprüft werden.											

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsendalter, Versicherungsendalter, Leistungsendalter ¹⁾ :		Jahre
¹⁾ Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt.								
Garantierte monatliche GF-Rente								EUR

<input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung (Tarif BU ____) ¹⁾		<input type="checkbox"/> Garantierte BU-Rente (Tarif BUR ____) ¹⁾		Ablaufalter für Beitragsbefreiung (Tarif BU _)		Jahre	
¹⁾ Hier Tarifzusatz eintragen (1+, 1, 2+, 2, 3, 4)		BU-Rente entsprechend Zahlungsweise		Ablaufalter für Versicherungsdauer (Tarif BUR _)		Jahre	
EUR				Ablaufalter für Leistungsdauer (Tarif BUR _)		Jahre	
BU-Rente: Monatlich oder _____							

<input type="checkbox"/> Tarif U/UV (nur in Verbindung mit den Tarifen SP, SPV, SB, SBV) Die Höhe der Zusatzleistungen entspricht der Höhe der Todesfall-Leistung der Hauptversicherung im 1. Versicherungsjahr, jedoch höchstens 250.000 EUR. Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen.	
--	--

<input type="checkbox"/> Tarif W Nur in Verbindung mit Tarif SR möglich. _____ % der Altersrente oder entsprechend Rentenzahlung		EUR	
---	--	-----	--

<input type="checkbox"/> Tarif WAF (nur in Verbindung mit Tarif FRH und nicht bei Einschluss der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)			
--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Tarif SZ (nur in Verbindung mit den Tarifen ARC, ARCE) Garantierte Leistung im Todesfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)			
<input type="checkbox"/> Beitragsrückgewähr oder <input type="checkbox"/> konstante Todesfall-Leistung in Höhe von EUR _____ ; nur Tarif ARC (60% bis 100% der Beitragssumme der Hauptversicherung)			

Beitrag

* Bei Wahl der **Grundfähigkeitsversicherung** ist nur die monatliche Zahlungsweise möglich.

Klassische und Fondsgebundene Rentenversicherung, Risikolebensversicherung, Grundfähigkeitsversicherung		
Zahlungsweise*	<input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> Einmalig (nicht bei den Tarifen SP, SPV, SB, SBV, ST oder GFRV)	Gesamtbeitrag (Rundungsdifferenz ist möglich) EUR
Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr (nur bei Tarifen SP, SPV, SB, SBV oder GFRV – Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)		EUR

* Bei Wahl der **Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung** ist nur die monatliche Zahlungsweise möglich.

Berufsunfähigkeitsversicherung			
Zahlungsweise*	<input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich	Gesamtbeitrag (Rundungsdifferenz ist möglich) EUR	Bei der Einsteiger-BU (Tarif BURVN_) handelt es sich jeweils um den Anfangsbeitrag zu Beginn der Staffelfase. Der Beitrag steigt jährlich bis zum 11. Versicherungsjahr an (siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung).
Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)		EUR	
Gesamtbeitrag ab 11. Versicherungsjahr		EUR	nach Beendigung der Staffelfase (nur bei der Einsteiger-BU [Tarif BURVN_])

Anpassungsvereinbarung

(nicht bei Risikolebensversicherungen, Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Klassische und Fondsgebundene Rentenversicherung			
Die jährliche Anpassung des Gesamtbeitrages erfolgt entsprechend der Steigerung des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung (West), mindestens jedoch um 5 % des Vorjahresbeitrages oder			
<input type="checkbox"/> um jährlich (nicht möglich bei Genius BasisRente)	<input type="text"/> %	des Vorjahresbeitrages (möglich sind 5 % bis 10 %, bzw. 5 % bei Einschluss von Tarif BU_ oder BUR_).	<input type="checkbox"/> Eine Erhöhung wird nicht gewünscht.

* Bei Tarif GFRV: Ist die versicherte Person noch keine 15 Jahre alt, ist nur eine Dynamik von 1 % oder 2 % zulässig.

Berufsunfähigkeitsversicherung und Grundfähigkeitsversicherung			
Die Anpassung des Gesamtbeitrages erfolgt um jährlich 3% des Vorjahresbeitrages* oder			
<input type="checkbox"/> um jährlich	<input type="text"/> %	des Vorjahresbeitrages (möglich sind 1 % bis 5 %)*.	<input type="checkbox"/> entsprechend der Steigerung des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung (West), mindestens jedoch um 5 % des Vorjahresbeitrages*.
<input type="checkbox"/> Eine Erhöhung wird nicht gewünscht.			
Bei der Einsteiger-BU (Tarif BURVN_) erfolgen weitere Erhöhungen des Gesamtbeitrages und der Versicherungsleistungen erst nach der Staffelfase, das heißt ab dem ersten Jahrestag nach deren Ende.			

Bezugsrecht

(auch für die im Versicherungsfall auszuzahlende Überschussbeteiligung)

PrivatRente, PrivatRente KlassikClever, PrivatRente IndexClever, Genius PrivatRente,	Im Erlebensfall	<input type="checkbox"/> der Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift
	Im Todesfall	<input type="checkbox"/> der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist oder <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift

Berufsunfähigkeitsversicherung Grundfähigkeitsversicherung	Im Leistungs- bzw. Erlebensfall	<input type="checkbox"/> die versicherte Person oder <input type="checkbox"/> der Antragssteller (Versicherungsnehmer)	und <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer ist Elternteil-/ Großelternanteil der zu versichernden Person oder <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer ist Ehegatte der zu versichernden Person
	Im Todesfall	<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. <input type="checkbox"/> der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist oder <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift	

Genius BasisRente gegebenenfalls auch mit BU, BUR	Im Erlebensfall	unwiderruflich der Versicherungsnehmer
	Im Todesfall	Eine Rentenauszahlung ist nur an die versorgungsberechtigten Hinterbliebenen im Sinne des Einkommensteuergesetzes (EStG) möglich. Diese sind in nachstehender Reihenfolge bezugsberechtigt: 1) der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner; 2) Kinder, für die Sie einen Anspruch auf Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag im Sinne des § 32 Absatz 6 EStG haben. Die Waisenrente wird auch für den Zeitraum gezahlt, in dem das Kind nur die Voraussetzungen des § 32 Absatz 4 Satz 1 EStG erfüllt.

Risikolebensversicherung Sterbegeldversicherung Vermögensschutz Premium	Im Todesfall (bei Tarifen SPV und SBV bei Tod der zuerst sterbenden Person [versicherte oder mitversicherte Person])	<input type="checkbox"/> der Antragsteller (Versicherungsnehmer) <input type="checkbox"/> der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist/ bei den Tarifen SPV und SBV die überlebende versicherte bzw. mitversicherte Person <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift
--	--	---

Zusatzversicherung BU-Rente außer zur Genius-BasisRente	Im Leistungsfall der BU-Rente	<input type="checkbox"/> die versicherte Person oder <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.
--	-------------------------------	--

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

Hypothek: (nicht bei Berufsunfähigkeitsversicherung) Policierung sofort Policierung nach Darlehensannahme Hypothekenzertifikat WL

Nachversicherungsoption: (Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen ist das Formular LP063, bei Grundfähigkeitsversicherungen das Formular 21649 und bei Risikolebensversicherungen nach Tarif SP, SB oder SPV, SBV das Formular LP084 beizufügen. Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen.) Mit diesem Antrag wird die Nachversicherung zu Versicherungs-Nr. [] - [] - [] beantragt.

Indexbeteiligung (Tarif IR, IRE):
 Bis auf weiteres wünsche ich die Indexbeteiligung. Ich benötige kein jährliches Wahlschreiben zur Anpassung meines Wunsches. Diese Entscheidung kann ich jederzeit ändern.

■ Fragen an die zu versichernde Person

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht und zur Beantwortung der Fragen

- a) Die Gesundheitsfragen müssen grundsätzlich beantwortet werden, falls nicht eine der nachfolgend beschriebenen Ausnahmen vorliegt. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen entfällt bei
- Tarif SR
 - Tarif VSE
 - Todesfall-Zusatzversicherung mit Beitragsrückgewähr und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer bei "Tarifen_ohne Gesundheitsfragen" [siehe „Tarife_ohne Gesundheitsfragen“])
 - den Tarifen ARC, ARCE, IR, IRE ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und ohne Todesfall-Zusatzversicherung mit konstanter Todesfall-Leistung (außer bei den Tarifen BU_ohne Gesundheitsfragen oder Todesfall-Zusatzversicherung mit konstanter Todesfall-Leistung_ohne Gesundheitsfragen [siehe „Tarife_ohne Gesundheitsfragen“])
 - den Einmalbeitragstarifen FRHE mit einer garantierten Mindest-Todesfall-Leistung von maximal 100 % des Einmalbeitrages und FBRHE mit einer garantierten Mindest-Todesfall-Leistung von maximal 60 % des Einmalbeitrages
 - den Genius-Tarifen FRH ohne garantierte Mindest-Todesfall-Leistung und ohne Waisen-Zusatzversicherung nach Tarif WAF und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer Tarif BU_ohne Gesundheitsfragen [siehe „Tarife_ohne Gesundheitsfragen“])
 - den Tarifen BURV, BURVN, GFRV, falls die versicherte Person jünger als 15 Jahre ist. Stattdessen muss der Fragebogen 21565 den "Gesundheitsdaten für Kinder unter 15 Jahre" ausgefüllt werden.
- b) Auf die Beantwortung der Gesundheitsfragen kann verzichtet werden, wenn nachfolgende Bedingungen erfüllt sind. Für diesen Fall gilt eine **3-jährige Wartezeit** als vereinbart.
- Bei Genius-Tarifen:
 - garantierte Mindest-Todesfall-Leistung bis maximal 60 % der Beitragssumme
 - garantierte Mindest-Todesfall-Leistung bis maximal 120.000 EUR
 - maximales Endalter der versicherten Person für die Beitragszahlungsdauer 70 Jahre
 - keine Zusatzversicherungen (außer Tarif WAF bis 250 EUR Monatsbeitrag oder Tarif BU_ohne Gesundheitsfragen [siehe „Tarife_ohne Gesundheitsfragen“])
 - mit Wartezeit
- c) Auf Beantwortung der Gesundheitsfragen kann bei der Sterbegeldversicherung (Tarife ST) verzichtet werden. Hier gilt generell bei Tarif ST eine 3-jährige Wartezeit.

■ Fragen an die mitzuversichernde Person

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht und zur Beantwortung der Fragen

Bei Einschluss einer Waisen-Zusatzversicherung nach dem Tarif WAF in den Genius-Tarif FRH müssen die Gesundheitsfragen von der mitzuversichernden Person zusätzlich mit Formular 20439 ausgefüllt werden.

Auf die Beantwortung der Gesundheitsfragen kann bei einem Monatsbeitrag bis 250 EUR durch die mitversicherte Person verzichtet werden, sofern auch auf die Beantwortung der Gesundheitsfragen durch die versicherte Person verzichtet und eine 3-jährige Wartezeit vereinbart wird. In diesem Fall gilt auch für den Tarif WAF eine 3-jährige Wartezeit als vereinbart.

mit Wartezeit

■ Fragen an die zu versichernde Person

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).**

Bei den Gesundheitsfragen nennen Sie uns bitte die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen oder beschreiben Sie Ihr vorhandenes Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Dabei ist wichtig, dass Sie alle Ihnen bekannten Gefahrumstände angeben, auch die, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen.

Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über längere Zeiträume Aussagen zu treffen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, empfehlen wir Ihnen, sich vor Beantwortung der Fragen – z. B. bei Ihrem behandelnden Arzt oder Therapeuten – über die jeweilige Gesundheitslage genau zu informieren. So können Sie uns behilflich sein, schnell und kostengünstig über Ihren Antrag zu entscheiden, damit Sie so rasch wie möglich den gewünschten Versicherungsschutz bekommen.

Nachfolgend nennen wir Ihnen zu jedem Fragenbereich Beispiele (in Klammern aufgeführt), die Ihnen die Beantwortung erleichtern sollen.

Bitte beachten Sie, dass diese Beispiele nicht vollständig alle möglichen Krankheitsbegriffe aus dem jeweiligen Fragenbereich umfassen, d. h. die Beispiele entsprechen keiner abschließenden Aufzählung. Wenn also nicht aufgeführte Erkrankungen oder nicht aufgeführte Beschwerden oder Störungen vorliegen, geben Sie uns diese bitte ebenfalls an. Bitte nennen Sie uns auch Ihre derzeitige konkrete Tätigkeit, sowie Ihre Ausbildung. Beachten Sie, dass wir für die Angemessenheitsprüfung das korrekte Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit pro Jahr benötigen.

Genetische Untersuchungen

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. **Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden.** Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn eine Todesfall-Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente vereinbart wird.

Versicherung ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung

Die ärztliche Untersuchung wurde veranlasst bei (Name/Anschrift des Arztes):

Herr Frau

■ Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand

1.1	Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe _____ cm Gewicht _____ kg			
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (z. B. welches Leiden)
1.2	Bestehen körperliche oder geistige Schäden/Behinderungen oder eine angeborene Erkrankung (z. B. Taubheit, Blindheit, Schwerhörigkeit, Fehrsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, weitere Sinnesorgane, Amputationen, Versteifungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenschäden, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4	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			

■ Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

Fragen zu besonderen Gefahren und Auslandsaufenthalten				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte entsprechenden Zusatzfragebogen ausfüllen
2.1	Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/ Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten) oder 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? Veranlassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 10 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
3.1	Waren Sie in den letzten 10 Jahren in einer Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik) , haben Operationen stattgefunden oder sind Klinikaufenthalte oder Operationen in den nächsten 12 Monaten ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3	Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren				
4.	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung wegen Krankheiten, Organveränderungen oder Beschwerden...	Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
4.1	... des Herzens, des Kreislaufes oder der Gefäße (z. B. Bluthochdruck, Herz- oder Herzklappenfehler [auch angeborene], Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2	... an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemnot, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Lungenemphysem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3	... an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4	... an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Steinleiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5	... des Stoffwechsels oder der Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung [z. B. Cholesterin], Gicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6	... der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7	... durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, Covid-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8	... der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Essstörung, ADHS, chronische Schmerzen, traumatische Ereignisse die eine Arbeitsunfähigkeit ausgelöst haben)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.9	... des Gehirnes oder Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Migräne, Kopfschmerzen oder Demenz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.10	... der Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Hexenschuss, Muskelverspannungen, Bandscheibenvorfall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.11	... der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, Muskeln (z. B. vorzeitige Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.12	... der Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.13	... der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■ Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren			
4.14	... der Ohren (z. B. Ohrensausen [Tinnitus], vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15	Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung wegen ein und derselben Erkrankung, die nicht unter 4.1 bis 4.14 fällt, häufiger als zweimal in Behandlung, Beratung oder Kontrolle (z. B. bei Ärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten. Nicht anzugeben sind grippale Infekte sowie Zahnbehandlungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16	Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter 4.1 bis 4.14 genannten Bereiche? (Bitte auch Beschwerden angeben, wegen derer Sie weder beraten, untersucht oder behandelt wurden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren			
		Nein	Ja Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
5.1	Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Bezogen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre bzw. beziehen oder beantragen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen bzw. wegen eines Unfalls oder haben Sie die Feststellung einer Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder Schwerbehinderung (GdB) bewirkt, beantragt, bzw. ist ein derartiger Antrag in den nächsten 3 Monaten vorgesehen? Bitte Rentenbescheid, Feststellungsbescheid oder Antrag beifügen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage zu eingenommenen Medikamenten in den letzten 2 Jahren			
		Nein	Ja Wenn ja, Name der Medikamente, wann und wie oft eingenommen
6.1	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre wegen der unter den Nr. 1.2, 3.2 und 3.3 sowie 4.1 – 5.4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente ? Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente der letzten 2 Jahre an, sofern Sie diese mehr als 2-mal wöchentlich nehmen oder nahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Angaben zum Beruf und zur Versorgungssituation (bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung, einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und einer Grundfähigkeitsversicherung)			
		Nein	Ja Wenn ja, ergänzende Angaben
7.1	Haben Sie in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt ? Wenn ja, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit bzw. des Verlustes einer Grundfähigkeit sonstige Leistungen zu erwarten bzw. haben Sie eine solche Absicherung beantragt? <input type="checkbox"/> private Vorsorge <input type="checkbox"/> betrieblicher Altersversorgung, <input type="checkbox"/> Beamtenversorgung, <input type="checkbox"/> berufsständischen Versorgungswerken, <input type="checkbox"/> Zusatzversorgung, <input type="checkbox"/> sonstigen Absicherungen (z. B. alternative Invaliditätsabsicherungen)? Wenn ja geben Sie bitte Name/n der Gesellschaft/en, Art der Absicherung, Datum der Antragsstellung und Höhe an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Frage zum Nikotinkonsum (nur bei Tarif BURV, BURVN, GFRV oder bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher nach Tarif SP, SPV, SB oder SBV)			
		Nein	Ja
8.1	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"/> Bei Tarif SP, SPV, SB oder SBV: Wenn ja, beachten Sie bitte den „Wichtigen Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei einer Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher“.
8.2	Sind Sie Nichtraucher (gemäß obiger Definition) seit mindestens 10 Jahren ? (nicht bei Tarif BURV, BURVN, GFRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folgen noch weitere Angaben?			
<input type="checkbox"/> weitere Angaben/Unterlagen sind in einem verschlossenen Umschlag beigefügt <input type="checkbox"/> zu folgenden Fragen (bitte Nr. angeben) _____ reiche ich unmittelbar und unverzüglich an das Versicherungsunternehmen weitere Angaben nach (Kontaktdaten siehe am Ende des Dokumentes)			

■ **Frage zum Nettoeinkommen der zu versichernden Person**

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

■ **Tarife_ohne Gesundheitsfragen**

Tarif BU
(nicht bei Risikolebensversicherung)
und Tarif SZ mit konstanter Todesfall-
Leistung

Es wird Tarif BU_ohne Gesundheitsfragen beantragt.

Es wird Tarif SZ mit konstanter Todesfall-Leistung_ohne Gesundheitsfragen beantragt.

Nur möglich unter folgenden Voraussetzungen:

- monatlicher Gesamtbeitrag bis maximal 250 EUR pro versicherter Person
- keine der nebenstehenden Fragen kann mit „ja“ beantwortet werden **Wartezeit von 3 Jahren** ist vereinbart (siehe Erklärungen und Hinweise).

1) Für den Tarif BU_ohne Gesundheitsfragen gilt außerdem:

- maximales Eintrittsalter 45 Jahre
- keine weiteren Zusatzversicherungen außer Todesfall-Zusatzversicherung

2) Für die Todesfall-Zusatzversicherung mit konstanter Todesfall-Leistung gilt außerdem:

- maximales Endalter der versicherten Person für die Beitragszahlungsdauer 70 Jahre
- maximale Todesfall-Leistung 120.000 EUR
- keine weiteren Zusatzversicherungen außer BU_ohne Gesundheitsfragen

Fragen an die zu versichernde Person:

a) Sind Sie besonderen Gefahren bei **Sport und Hobby** ja nein
(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?

b) Erhalten oder erhielten Sie eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden oder haben Sie eine solche beantragt? ja nein

c) Besitzen Sie einen Ausweis nach Schwerbehindertenrecht oder haben Sie einen solchen beantragt? ja nein

d) Besteht eine amtlich anerkannte Behinderung (z. B. GdB, MdE) oder ist eine solche Anerkennung beantragt? ja nein

■ **Fragen zur Tätigkeit der zu versichernden Person**

(nur bei Risikolebensversicherung
Premium oder Kompakt, Berufsunfähigkeitsversicherung und bei Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)

* = einschließlich Magister

1.	Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):
2.	Bei Schülern Schulart (z. B. Gymnasium, Montessorischule):	Bei Studenten Studiengang (z. B. Maschinenbau, Medizin):
3.	a) Bei Tarif BURV, BURVN, SP(V), SB(V), BU_ und BUR_ zur Risikolebensversicherung: <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 einen Hochschulabschluss?	
	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	
	b) BU_ und BUR_ zu ARC, IR, FRH, FBRH: Welches ist der Grad der höchsten Ausbildung der zu versichernden Person? <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschulstudium (z. B. Bachelor, Master, Diplom an DH, FH, Universität) <input type="checkbox"/> abgeschlossene kaufmännische Berufsausbildung (Regelausbildungszeit mindestens 3 Jahre) <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung in der Industrie oder im Handwerk <input type="checkbox"/> abgeschlossene Weiterbildung: Meisterprüfung, Techniker Ausbildung	
4.	Welchen Anteil hat die Bürotätigkeit bzw. aufsichtführende Tätigkeit, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit der zu versichernden Person? (nicht erforderlich bei Risikolebensversicherungen ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung) <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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der zu versichernden Person geführt werden? <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. das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft oder 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 Leistungsfallprüfung 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 bebringe.

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 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 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, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, 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 weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfallinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherer fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die Württembergische Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherer ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1).

3.5. 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. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem 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**

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 in den Erklärungen und Hinweise. Die jeweilige Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Mein Widerruf hat keinen Einfluss auf bestehende Verträge. Er wirkt erst für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

■ **Hinweise zu den Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit**

Gemäß dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz (FKaustG) und der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung (FATCA-USA-UmsVO) erheben wir mit diesem Formular auch Daten zu Ihrer steuerlichen Ansässigkeit. Wir verarbeiten diese Daten und melden bei einer steuerlichen Ansässigkeit in einem Staat, der einen steuerlichen Datenaustausch mit Wirkung für die Bundesrepublik Deutschland vereinbart hat, jährlich Ihre Daten an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt), das diese an die zuständige ausländische Steuerbehörde weiterleitet. Gemeldet werden jährlich zum 31.12. die erforderlichen Kundendaten, Steueridentifikations- sowie Versicherungsscheinnummern, (Brutto-) Rückkaufswerte und/oder Teilrückkäufe bzw. Auszahlungen des Versicherungsjahres. Es wird darauf hingewiesen, dass in diesem Sinne unrichtige oder unvollständige Angaben im Land der steuerlichen Ansässigkeit strafbar sein können.

Sollten Sie diese Selbstauskunft verweigern, werden Ihre Konten als undokumentiert an das BZSt gemeldet, was ggf. steuerliche Folgen für Sie haben könnte, zu denen Sie im Zweifel Ihre(n) steuerliche(n) Berater(in) zu Rate ziehen sollten.

Diese Selbstauskunft ersetzt alle vorausgegangenen Selbstauskünfte im Sinne des FKaustG oder der FATCA-USA-UmsVO.

Ich versichere, dass die Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit vollständig und zutreffend sind und verpflichte mich, zukünftige Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

■ **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.

Beachten Sie bitte den „Wichtigen Hinweis bei Abschluss eines Tarifes mit Wartezeit ohne Gesundheitsfragen“ im Abschnitt "Erklärungen und Hinweise", wenn Sie einen solchen Tarif beantragt haben.

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 | ■ Informationsblatt zu Versicherungsprodukten ³⁾ | ■ Informationen gemäß § 7 VVG |
| ■ Beratungsprotokoll | ■ Persönlicher Vorschlag/Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung | ■ Versicherungsbedingungen |
| ■ Produktinformationsblatt ¹⁾ | | ■ Steuerliche Informationen |
| ■ Basisinformationsblatt ²⁾ | | ■ 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.

¹⁾ nur bei Tarif FBRH und FBRHE

²⁾ nur bei Tarif ARC, ARCE, IR, IRE, FRH, FRHE und VSE

³⁾ nur bei Tarif SP, SPV, SB, SBV, ST, BURV_, BURVN_, GFRV_ und SR

Ort, Datum	Unterschrift des <u>Antragstellers</u> (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.

Zahlung des Einmalbeitrages

- mittels SEPA-Lastschriftmandat (siehe unten)
 - Wiederanlage aus ablaufender Versicherung Nr. _____
- oder _____

■ Rentenzahlung bei sofort beginnender Rente

Die Renten sind auf das nachfolgende im Abschnitt „SEPA-Lastschriftmandat“ angegebene Konto auszuführen.

■ 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, 70163 Stuttgart
Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ0000052734
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 und der Württembergische Krankenversicherung AG.

Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer

Vorname, Zuname, Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl | Wohnort

Angaben zum Konto
Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

LKZ | Prüf.

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.

■ 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 Zunamen**

Ort, Datum
Unterschrift des <u>Antragstellers</u> (Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber), bei Firmen zusätzlich Firmenstempel
Unterschrift der <u>zu versichernden Person</u> (erforderlich, wenn diese nicht Antragsteller ist)
Unterschrift der <u>mitzuversichernden Person</u> (erforderlich bei Tarif SPV, SBV, W oder WAF)
Unterschrift(en) aller <u>gesetzlichen Vertreter</u> (immer erforderlich, wenn Antragsteller, zu versichernde Person und/oder mitzuversichernde Person minderjährig ist/sind)
Unterschrift des <u>Vermittlers</u> (Ich bestätige die Angaben zum Geldwäschegesetz und die aufgrund des Originals erstellte und beigefügte Kopie des Legitimationsdokumentes sowie die Angabe des Geburtsdatums der zu versichernden Person[en].)

VNR 0 5 – –	Aktion- Kennzeichen	Sto.-Res.	Wettbew.	BeG-Kennzeichen
Kollektivnummer 0 1 – –	Verwaltungsgruppennummer 0 1 – –			Kollektivvereinbarungsnummer

Erklärungen und Hinweise

Schlusserklärungen 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.

Bei der Hinterbliebenenrente gilt dies auch für die mitversicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer/die versicherte Person stirbt.

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

Bezugsrecht

Der Bezugsberechtigte erhält die fällige Leistung. Sofern nichts anderes festgelegt wurde, ist das Bezugsrecht widerruflich und kann daher jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalls vom Versicherungsnehmer geändert werden. Zur Änderung des Bezugsrechts sowohl im Todesfall als auch bei Berufsunfähigkeit ist zudem die Zustimmung der versicherten Person erforderlich. Wenn ein unwiderrufliches Bezugsrecht vereinbart wurde, ist eine Änderung nur mit Zustimmung des Bezugsberechtigten möglich. In diesem Fall erhält bei einer Kündigung des Vertrages grundsätzlich nicht der Versicherungsnehmer, sondern der bzw. die unwiderruflich Bezugsberechtigte(n) einen etwaigen Rückkaufswert. Dies gilt auch dann, wenn das unwiderrufliche Bezugsrecht nur für den Todesfall besteht. Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, im Rahmen der Einräumung des unwiderruflichen Bezugsrechtes durch eine entsprechende Mitteilung gegenüber dem Versicherer eine hiervon abweichende Festlegung zu treffen.

Allgemeine Erläuterungen Steuerliche Ansässigkeit

Natürliche Personen sind grundsätzlich in dem Land steuerlich ansässig, wo sie ihren Lebensmittelpunkt haben, nämlich dort,

- wo sie einen Wohnsitz haben, also eine Wohnung unterhalten,
- oder wo sie sich nicht nur vorübergehend mehr als 6 Monate im Jahr aufhalten, also ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Ist der Steuerpflichtige in einem bestimmten Land steuerlich ansässig, dann wird er dort mit seinem sogenannten „Welteinkommen“ zur Einkommensteuer veranlagt. Hierbei kann es sein, dass ein Teil dieses Einkommens in einem anderen Land besteuert wird, nämlich dort, wo es erzielt wird (Quellenstaat). Dies ist beispielsweise bei Einkünften aus Vermietung regelmäßig der Fall, wenn eine im Ausland gelegene Immobilie vermietet wird. Grundlage für diese Besteuerung außerhalb des Wohnsitzstaates sind die zwischen den einzelnen Staaten vereinbarten „Doppelbesteuerungsabkommen“ (DBA). Diese „beschränkte“ Steuerpflicht in einem anderen Staat ändert nichts an der steuerlichen Ansässigkeit des Steuerpflichtigen im Wohnsitzstaat bzw. in dem Staat, wo er sich gewöhnlich aufhält.

Juristische Personen, insbesondere Kapitalgesellschaften, sind grundsätzlich dort steuerlich ansässig und unbeschränkt körperschaftsteuerpflichtig mit ihren gesamten Einkünften, wo sich der Ort der Geschäftsleitung oder der Firmensitz befindet. Kapitalgesellschaften können aber auch beschränkt körperschaftsteuerpflichtig sein mit ihren inländischen Einkünften, wenn weder die Geschäftsleitung noch der Firmensitz der Gesellschaft im Inland ist.

Die steuerliche Ansässigkeit ist bei Kapitalgesellschaften von Bedeutung, wenn diese Gesellschaft eine betriebliche Lebensversicherung, insbesondere Rückdeckungsversicherungen, im Betriebsvermögen bilanziert. Gleiches gilt für Direktversicherungen, wenn dem versicherten Arbeitnehmer nicht die Ansprüche aus der Versicherung in voller Höhe zustehen.

Wichtige Hinweise

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

Wichtiger Hinweis bei Abschluss einer Genius BasisRente

Eine Kapitalauszahlung ist grundsätzlich nicht möglich – weder bei Kündigung noch im Todesfall. Bei Kündigung erfolgt eine Beitragsfreistellung mit ggf. herabgesetzten Leistungen. Bei Tod ist grundsätzlich nur eine Rentenzahlung an die versorgungsberechtigten Hinterbliebenen im Sinne des Einkommensteuergesetzes möglich – siehe Bezugsrecht (weitere Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen). Der Vertrag ist nicht übertragbar, beleihbar oder veräußerbar.

Wichtiger Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher

(bei Tarif SP, SPV, SB oder SBV)

Wird die versicherte Person nach Vertragsabschluss vom Nichtraucher zum Raucher, verpflichtet sie sich, diese Gefahrerhöhung der Württembergische Lebensversicherung AG unverzüglich in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) mitzuteilen, damit die Versicherung in die entsprechende Risikogruppe mit dem dann dafür erforderlichen Beitrag umgestellt werden kann. Verletzen Sie diese Mitteilungspflicht vorsätzlich, reduziert sich die Leistung des Versicherers auf ein Viertel. Die grob fahrlässige Verletzung dieser Mitteilungspflicht kann zur Kürzung der Leistung des Versicherers führen.

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

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.

Wartezeit bei Tarifen ohne Gesundheitsfragen

(außer Tarife FRHE und FBRHE mit max. 100% des Einmalbeitrages als Mindest-Todesfall-Leistung) Bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre bei Tarif ST werden die gezahlten Beiträge unverzinst zurückerstattet. Bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre bei Tarif FRH und FBRH beschränkt sich die Leistung im Todesfall auf das vorhandene Gesamt-Guthaben. Bei Einschluss des Tarifs WAF wird im Todesfall der mitversicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre keine Leistung fällig.

Bei Vereinbarung von Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen wird bei Berufsunfähigkeit der zu versichernden Person innerhalb der ersten 3 Jahre keine Leistung fällig.

Bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre wird bei Tarif SZ nur die Summe der gezahlten Beiträge von der Haupt- und Zusatzversicherung (Tarif SZ) zurückerstattet.

Ausnahmen und weitere Details: siehe Versicherungsbedingungen.

Wichtiger Hinweis bei Abschluss eines Tarifs mit Wartezeit ohne Gesundheitsfragen

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

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
- Altmark Versicherungsmakler 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, Zulagenanträgen 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

Sachverhaltsermittlung im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung

- Ombudsmann

Übertragene Aufgaben

Datenaustausch bei Beschwerden

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

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/impressen/impressen-uebersicht

Tarifbezeichnungen

(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Klassische Rentenversicherungen

Rentenversicherungen mit aufgeschobener Rentenzahlung

- Tarif ARC, ARCE (PrivatRente KlassikClever)
- Tarif IR, IRE (PrivatRente IndexClever)

Sofort beginnende Rentenversicherung

- Tarif SR (PrivatRente)

Fondsgebundene Rentenversicherung

Fondsgebundene Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung

- Tarif FRH, FRHE (Genius PrivatRente)
- Tarif FBRH, FBRHE (Genius BasisRente)

Risikolebensversicherungen

Risikolebensversicherungen auf den Todesfall

- Tarif SP (Risikolebensversicherung Premium)
- Tarif SB (Risikolebensversicherung Kompakt)
- Tarif SPV (Risikolebensversicherung Premium mit Partnerbaustein)
- Tarif SBV (Risikolebensversicherung Kompakt mit Partnerbaustein)

Lebenslange Versicherung auf den Todesfall

- Tarif ST (Sterbegeldversicherung)
- Tarif VSE (VermögensSchutz Premium)

Berufsunfähigkeitsversicherungen

Berufsunfähigkeitsversicherung

- Tarif BURV_

Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung

- Tarif BURVN_

Grundfähigkeitsversicherung

- Tarif GFRV_

Zusatzversicherungen

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- Tarife BU_ und BUR_

Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- Tarif AUZ

Todesfall-Zusatzversicherung

- Tarif SZ

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

- Tarif WV

Waisen-Zusatzversicherung

- Tarif WAF

Unfall-Zusatzversicherung

- Tarif U und UV (mit Partnerbaustein)

Tarifzusätze

Bei Tarifen mit den Tarifzusätzen »K_« handelt es sich um Kollektivtarife, bei dem Tarifzusatz »P« um Einzeltarife innerhalb von Kollektiv(-Rahmen)verträgen bzw. mit Bonusvereinbarung.

Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung, der Grundfähigkeitsversicherung, der Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung und der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gibt der jeweilige Tarifzusatz die Berufsklasse an (z. B. BUR2).

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 Abschluss 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 Ihren Antrag anfechten oder zurücknehmen.
 - der Einzug 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, Dr. Susanne Pauser, Jens Wieland

Aufsichtsratsvorsitzende: Jürgen A. Junker

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 280

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart
Telefon 0711 662-0

Besuchsanschrift:

Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West

Postanschrift: 70163 Stuttgart

Bankverbindung:

Hypo Vereinsbank (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 dennoch 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. Risikoabschlusses) 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 Gefahrsicherung 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 Vertragsschluss. 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.