



Antrag

Württembergische Krankenversicherung AG.

Abschluss/Änderung einer Krankenzusatzversicherung

 **württembergische**

Ihr Fels in der Brandung.

VNR	Gruppen-/Kollektivvertragsnummer	<input type="checkbox"/> Police über Vermittler	<input type="checkbox"/> Versand mit Bedingungen
		<input type="checkbox"/> Finanzamt-Bescheinigung erwünscht	
		<input type="checkbox"/> Kopie Police an Makler/Mehrfachagent zur internen Bearbeitung	

Kunden-Nr.	Gesch.-St.-Nr. Agentur-Nr. PZ	Mitwirkung	Anteil Mitw.	Abweichende Abschluss-Agentur
-	-	Gesch.-St.-Nr. Agentur-Nr. PZ	%	Gesch.-St.-Nr. Agentur-Nr. PZ

Beratungsprotokoll

- Versicherer**
- Gesprächsteilnehmer**
- Vermittler/beratende Person**
- Grund für Gespräch/Kundenwunsch**
- Empfehlung und Begründung des Vermittlers**
- Besondere Hinweise**
- Zusätzliche/abweichende Empfehlung**
- Gründe für die abweichende Kundenentscheidung**

Württembergische Krankenversicherung AG

[]					
Titel	Vorname	Zuname	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ

Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung im Zahnbereich.

Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der erhobenen Risikodaten, des Versicherungsangebots sowie der Annahmerichtlinien. Der Umfang der gewünschten Versicherung wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen und der Leistungsvarianten – erläutert. Der aufgenommene Antrag entspricht dem Kundenwunsch und der Empfehlung des Vermittlers und deckt den ermittelten Versicherungsbedarf angemessen ab.

Auf mögliche Altersumschreibungen wurde hingewiesen (in der Regel Beitragssprung zu Beginn des Kalenderjahrs).

Soweit für den Tarif/die Tarife diese bestehen, wurde auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten (bei alleinigem Abschluss von Tarif BZGU20) hingewiesen. Bei den Tarifen mit Leistungen für Zahnersatz wurde die Zahnstaffel erklärt.

Der Kunde wünscht eine bestehende Krankenversicherung zu kündigen und stattdessen eine neue Versicherung abzuschließen. Auf daraus resultierende mögliche Nachteile, die erheblich sein können, wurde der Kunde hingewiesen. Eine entsprechende Dokumentation wird im Formular 40921 erfasst und wird mit dem Antrag separat eingereicht.

Aufgrund der individuellen Situation des Kunden empfiehlt der Vermittler zusätzlich/stattdessen den Abschluss folgender Kranken-Zusatzversicherungen:

[]

Der gewünschte Versicherungsschutz weicht von der Empfehlung des Vermittlers ab.

Der Beitrag für den empfohlenen Versicherungsschutz ist dem Kunden zu hoch.

Die vorgeschlagene Risikoabsicherung wird vom Kunden nicht als erforderlich erachtet.

Der Kunde hat das Risiko bereits versichert.

[]

Antrag

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Herr Frau

Änderungsantrag

Neuantrag

Mitarbeiter im W&W-Konzern

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

Zu versichernde Personen – zusätzlich Familiennamen angeben, wenn nicht wie Antragsteller –

Person 1 VP = VN

Versicherungsbeginn []

Titel, Vorname, Zuname		
<input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> weiblich	Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller	
Berufliche Stellung	<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler
	<input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann
	<input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in	<input type="checkbox"/> Beamter, Beamtin
	<input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in	<input type="checkbox"/> Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in
Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung		



<p>■ Zu versichernde Person 2</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">Versicherungsbeginn</div>	<p>Titel, Vorname, Zuname</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> männlich</td> <td style="width: 30%;">Geburtsdatum</td> <td style="width: 40%;">Staatsangehörigkeit</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> weiblich</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Berufliche Stellung</td> <td style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in </td> <td style="width: 40%;"> <input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler <input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann <input type="checkbox"/> Beamter, Beamtin <input type="checkbox"/> Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in </td> </tr> </table> <p>Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung</p>	<input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> weiblich			Berufliche Stellung	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in	<input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler <input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann <input type="checkbox"/> Beamter, Beamtin <input type="checkbox"/> Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in			
<input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit											
<input type="checkbox"/> weiblich													
Berufliche Stellung	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in	<input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler <input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann <input type="checkbox"/> Beamter, Beamtin <input type="checkbox"/> Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in											
<p>■ Angehörigenverhältnis zum Antragsteller (soweit nicht Antragsteller selbst)</p> <p>Zur Prüfung der Steuerfreiheit der Krankenversicherungsbeiträge ist die Angabe des Angehörigenverhältnisses erforderlich.</p>	<p>Ja, die zu versichernde Person steht in einem Angehörigenverhältnis zum Antragsteller, das nachfolgend aufgezählt ist.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Titel, Vorname, Zuname</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Titel, Vorname, Zuname</td> </tr> </table> <p>Ehegatte/in; eingetragene/r Lebenspartner/in; Elternteil; Stiefelternteil; Schwester/Bruder; Kind; Adoptivkind; Kind oder Adoptivkind der Ehegattin/des Ehegatten; Kind oder Adoptivkind der eingetragenen Lebenspartnerin/des eingetragenen Lebenspartners; Großelternanteil; Enkelkind</p> <p>Liegt kein Angehörigenverhältnis im obigen Sinne vor, ist keine gemeinsame Antragstellung möglich.</p>	<input type="checkbox"/> Titel, Vorname, Zuname	<input type="checkbox"/> Titel, Vorname, Zuname										
<input type="checkbox"/> Titel, Vorname, Zuname	<input type="checkbox"/> Titel, Vorname, Zuname												
<p>■ Beginn Versicherungsschutz</p> <p>Zahlungsweise Beiträge</p>	<p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">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.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> monatlich (ab 5 EUR*)</td> <td><input type="checkbox"/> vierteljährlich</td> <td><input type="checkbox"/> halbjährlich</td> <td><input type="checkbox"/> jährlich</td> </tr> </table> <p>*Ausnahme KISO Kompakt</p>	<input type="checkbox"/> monatlich (ab 5 EUR*)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich								
<input type="checkbox"/> monatlich (ab 5 EUR*)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich										
<p>■ Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen</p>	<p>Folgende Unterlagen, die Bestandteile des Versicherungsvertrags sind, habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Antrag ■ Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) ■ Individuelle Vertragsinformationen ■ Information nach § 7 VVG sowie § 1 VVG-InfoV ■ Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht ■ Datenschutzhinweise ■ Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB; einschließlich Tarif, ggf. im Informationsheft) <p>Falls Unterlagen in elektronischer Form (z. B. durch CD/DVD, E-Mail als Adobe-Reader-Datei) zugegangen sind, bin ich damit einverstanden. Bitte beachten Sie die wichtigen Hinweise zum Vertragsschlussverfahren auf den folgenden Seiten.</p> <p>Ort, Datum</p> <p>Stand der erhaltenen Unterlagen</p>												
<p>■ Tarife und Beiträge</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Titel, Vorname, Zuname</td> <td colspan="2">Titel, Vorname, Zuname</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">Tarif</td> <td style="width: 25%;">Grundbeitrag (monatlich) EUR</td> <td style="width: 25%;">Tarif</td> <td style="width: 25%;">Grundbeitrag (monatlich) EUR</td> </tr> <tr> <td>Tarif</td> <td>Grundbeitrag (monatlich) EUR</td> <td>Tarif</td> <td>Grundbeitrag (monatlich) EUR</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 5px; width: fit-content; float: right;"> Gesamtbeitrag (monatlich) EUR </div>	Titel, Vorname, Zuname		Titel, Vorname, Zuname		Tarif	Grundbeitrag (monatlich) EUR	Tarif	Grundbeitrag (monatlich) EUR	Tarif	Grundbeitrag (monatlich) EUR	Tarif	Grundbeitrag (monatlich) EUR
Titel, Vorname, Zuname		Titel, Vorname, Zuname											
Tarif	Grundbeitrag (monatlich) EUR	Tarif	Grundbeitrag (monatlich) EUR										
Tarif	Grundbeitrag (monatlich) EUR	Tarif	Grundbeitrag (monatlich) EUR										
<p>■ Einwilligungserklärung</p>	<p>Ich möchte auch weiterhin aktiv beraten und informiert werden:</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich bin einverstanden, dass mich die Unternehmen der W&W-Gruppe oder die für mich regional jeweils zuständigen Vermittler per Telefon über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe und bestimmter weiterer Finanzdienstleister (siehe Erklärungen und Hinweise) informieren.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, ich bin einverstanden, dass mich die Unternehmen der W&W-Gruppe oder die für mich regional jeweils zuständigen Vermittler per E-Mail, SMS, Messaging-Dienst (z. B. WhatsApp) oder Sozialem Netzwerk (z. B. Facebook) über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe und bestimmter weiterer Finanzdienstleister (siehe Erklärungen und Hinweise) informieren, sowie mein digitales Profil verarbeiten.</p> <p>Weitere Erläuterungen dazu finden Sie unter Erklärungen und Hinweise. Die jeweilige Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Mein Widerruf hat keinen Einfluss auf bestehende Verträge. Er wirkt erst für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.</p>												

- **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**
Der Text beruht auf der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung, die 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt wurde.

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 Krankenversicherung 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 Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften 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 Versicherungsvertrags 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 Württembergischen Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten 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.

Ich wünsche, dass mich die Württembergische Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Württembergische Krankenversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Württembergische Krankenversicherung 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.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Württembergische Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Württembergische Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Württembergische Krankenversicherung 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 ist angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/dienstleister bei Eingabe des Produktcodes „KV31011“ eingesehen oder bei Württembergische Krankenversicherung AG, W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim, Vertragsservice, Tel.-Nr. 0711/662723113 oder Leistungsservice, Tel.-Nr. 0711/662722112, E-Mail: kranken@wuerttembergische.de angefordert werden.

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

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Wüstenrot & Württembergische-Unternehmensgruppe 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 Krankenversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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

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

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

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

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

■ Gesundheitsfragen

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine sogenannte Risikoprüfung voraus. Unsere Fachabteilungen werten diese Angaben aus.

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass die Württembergische Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern kann. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Hinweise „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ (siehe auf den weiteren Seiten dieses Antrags). Bitte nennen Sie uns Ihre Zahnbehandlung/Zahnersatz und Kieferorthopädie betreffende Situation und Zustände.

Falls Ihnen Einzelheiten nicht bekannt oder nicht mehr in Erinnerung sind, wäre es hilfreich, wenn Sie Ihren Zahnarzt befragen. Dieser bewahrt Patientenakten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung auf.

Falls Sie gewisse Gesundheitsfragen dem Vermittler gegenüber nicht beantworten möchten, können Sie die Antworten innerhalb von drei Tagen dem Vorstand gegenüber durch eingeschriebenen Brief nachmelden.

Bitte beachten Sie, dass für zahnärztliche Behandlungen und Zahnersatzmaßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits begonnen wurden oder angedacht oder geplant sind, kein Versicherungsschutz besteht.

Die nachfolgende Frage Z1 muss nur von zu versichernden Personen ab dem 12. Lebensjahr, die nachfolgende Frage Z2 muss nur von zu versichernden Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr beantwortet werden.

Die Frage Z1 und Z3 müssen für die Tarife ZZB/ZZBPlus nicht beantwortet werden.

Gesundheitsangaben gelten für folgende versicherte Personen	Person 1	Person 2
<ul style="list-style-type: none"> Wie viel Zähne fehlen? (Z1) Hinweis: Zu zählen sind aktuell fehlende Zähne und alle Zähne, die durch Voll- oder Teilprothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt wurden. Nicht zu zählen sind Weisheitszähne, Milchzähne sowie alle anderen Formen von Lückenschlüssen. Sind keine fehlende Zähne vorhanden, tragen Sie bitte eine 0 ein. 	Fehlende Zähne:	Fehlende Zähne:
<ul style="list-style-type: none"> Besteht oder bestand in den letzten 24 Monaten eine Zahnbetterkrankung? (Z2) Hinweis: Als Zahnbetterkrankungen sind alle Erkrankungen des Zahnhalteapparates zu verstehen. Dazu zählt z.B. die Parodontose. Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, muss ein aktueller Parodontalstatus beigefügt werden. 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nachfolgende Frage muss nur von zu versichernden Person ab dem vollendeten 50. Lebensjahr beantwortet werden.		
<ul style="list-style-type: none"> Wie viele Kronen, Brückenglieder, Implantate oder Stifzähne sind vorhanden? (Z3) Hinweis: Hier ist jede einzelne Krone, Brückenglied, Implantat und Stifzahn zu zählen. Bei einem Stifzahn handelt es sich um eine stiftgetragene Krone. Hierbei wird ein Stift in der Zahnwurzel verankert und mit einer künstlichen Zahnkrone versehen. Sind keine Kronen, Brückenglieder, Implantate oder Stifzähne vorhanden, bitte eine 0 eintragen. 	Anzahl:	Anzahl:

Besondere Vereinbarung für Zahnersatztarife

Es ergeben sich für die Tarife ZZ Zahnstaffeländerungen, wenn

- mehr als 1 Zahn fehlt (siehe Frage Z1)
Ab 4 oder mehr fehlenden Zähnen kann kein Versicherungsschutz angeboten werden.
- insgesamt mehr als 8 Kronen, Brückenglieder, Implantate und Stifzähne fehlen (siehe Frage Z3)
Ab einer Anzahl von insgesamt 13 oder mehr kann kein Versicherungsschutz angeboten werden.

Einzelheiten hierzu finden Sie unter „Abweichende Zahnstaffel bei ZZ-Tarifen“ am Ende des Antrags.

Nachfolgende Fragen müssen nur von zu versichernden Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beantwortet werden. Die Frage Z5 und Z6 müssen für die Tarife ZZ75/ZZ90/ZZ100 nicht beantwortet werden.

<ul style="list-style-type: none"> Sind Zähne nicht angelegt (Weisheitszähne ausgenommen)? (Z4) Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, kann kein Versicherungsschutz angeboten werden. 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<ul style="list-style-type: none"> Sind Sie aktuell in Behandlung bei Kieferorthopäden oder ist eine Untersuchung oder Behandlung angedacht? (Z5) Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, dann sind kieferorthopädische Behandlungen vom Versicherungsschutz ausgenommen. 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<ul style="list-style-type: none"> Besteht eine Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie? (Z6) Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, dann sind kieferorthopädische Behandlungen vom Versicherungsschutz ausgenommen. Hinweis: Von einer Kieferanomalie spricht man, wenn eine Fehlstellung der Zähne und/oder des Kiefers vorliegt. 	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Aufgrund angegebener Gesundheitsdaten notwendiger Zusatzbeitrag

<ul style="list-style-type: none"> Aufgrund des vorliegenden Zahnstatus und der darin angegebenen Gesundheitsdaten wird über die gesamte Vertragsdauer ein Zusatzbeitrag von 25% auf den jeweiligen Zahnersatzbeitrag je fehlendem Zahn erhoben. Damit ergibt sich für den Zahnersatzzusatztarif ein Gesamtbeitrag von Ein bei Vertragsabschluss individuell vereinbarter Zusatzbeitrag kann sich durch Beitragsanpassungen gemäß der gesetzlichen Vorschriften, einen Sprung in die nächste Altersgruppe, Vertragsänderungen oder Dynamik ändern. 	EUR	EUR
<ul style="list-style-type: none"> Bei welcher Krankenkasse (GKV) besteht der gesetzliche Krankenversicherungsschutz? 	bei:	bei:

- Einwilligung zur Übermittlung von Rechnungen und der hierzu erstellten Abrechnungen der vivida bkk an die Württembergische Krankenversicherung AG

Ich bin damit einverstanden, dass die vivida bkk im Falle einer ambulanten Kostenerstattung (Zahnbehandlung) die von mir eingereichten Rechnungen als Kopie sowie die hierzu von der vivida bkk erstellte Abrechnung als Kopie an die Württembergische Krankenversicherung AG zur weiteren Bearbeitung des verbleibenden Eigenanteils übermittelt. Dieser Übermittlung kann ich jederzeit gegenüber der Württembergische Krankenversicherung AG, 70806 Kornwestheim oder der vivida bkk widersprechen. Bei Verweigerung der Einwilligung hat dies zur Folge, dass ich das Abrechnungsschreiben der vivida bkk zusammen mit den Rechnungsbelegen selbst bei der Württembergische Krankenversicherung AG noch mal einreichen muss.

Ich willige ein, dass bei der ersten Einreichung von ambulanten Rechnungen diese als Kopie sowie die hierzu von der vivida bkk erstellte Abrechnung an die Württembergische Krankenversicherung AG weitergeleitet werden. Für jedwede Einreichung erfolgt eine gesonderte Einwilligung.

Nein, ich sende die notwendigen Unterlagen nach Abrechnung des Kassenanteils selbst an die Württembergische Krankenversicherung AG.

■ **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 Betrags 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 Vertrags.

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, 70801 Kornwestheim
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 Allgemeinen Rentenanstalt Pensionskasse AG, der Württembergische Krankenversicherung AG und der Karlsruher Lebensversicherung AG.

Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer

Vorname, Zuname, Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Angaben zum Konto
Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

Ort

Datum

**Unterschrift des Kontoinhabers,
falls nicht Versicherungsnehmer**

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

Hiermit willige ich ein, dass der mir benannte erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge fällig wird, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn dieses Versicherungsvertrags/dieser Versicherungsverträge.

■ **Hinweis auf möglichen Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die Fragen in diesem Antrag vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben zum Informationsaustausch mit Vorversicherern zu Leistungsfällen oder Vorversicherungen sowie zur Ergänzung oder Überprüfung Ihrer Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen, sofern diese nicht vollständig sind oder Anhaltspunkte für unrichtige Angaben bestehen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

■ **Widerrufsbelehrung**

Sie können Ihre Vertragserklärung widerrufen. Wie und unter welchen Voraussetzungen dies möglich ist, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung dieses Antrags.

■ **Wichtige Hinweise**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte den Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und die wichtigen Erklärungen und Hinweise. Die Erklärungen enthalten unter anderem die Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person(en); sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. **Die Erklärungen enthalten auch Ermächtigungen zur Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken.** Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters gelten für alle beantragten Versicherungen.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und nichts weggelassen habe. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsschluss, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet.

■ **Abschlussklärung des Maklers**

Mit der Einreichung der Unterlagen bei der Württembergischen Krankenversicherung bestätige und erkläre ich Folgendes:

- Dass der Versicherungsnehmer und alle zu versichernden Personen mir ein Maklermandat erteilt haben, das mich dazu berechtigt, den Versicherungsvertragsabschluss und alle erforderlichen Erklärungen in ihrem Namen zu tätigen.
- Dass der Versicherungsnehmer die Versicherung, deren Antrag ich einreiche, abschließen wollte.
- Dass der Versicherungsnehmer das im Antrag enthaltenen SEPA-Mandat erteilen wollte.
- Dass alle vorvertraglichen Risikofragen, wie sie in dem Antrag übermittelt werden, von dem Versicherungsnehmer beantwortet wurden.
- Dass alle versicherten Personen den Einwilligungen 1., 2.2., 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 und 4. in der „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenentbindungserklärung“ zustimmen wollten.
- Dass dem Versicherungsnehmer vor Beantwortung der Risikofragen, diese in Textform vorlagen.
- Dass ich dem Versicherungsnehmer die vorvertraglichen Informationen vor Vertragsabschluss ausgehändigt habe.

■ **Abschluss ohne Unterschrift**

Ort, Datum

Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben? (Hinweis nach § 19 Abs. 5 VVG)

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 Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

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. 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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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 drei 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 Vertrags 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.

Wichtige Erklärungen und Hinweise

Vertragsschlussverfahren

- Haben Sie bereits alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie die Datenschutzhinweise erhalten, werden wir Ihren Antrag umgehend prüfen.
Die Versicherungsverträge kommen erst zustande, wenn Sie von uns Ihren Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung erhalten.
- Falls Sie nicht rechtzeitig alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie die Datenschutzhinweise erhalten haben, werden wir Ihren Antrag als Aufforderung ansehen, Ihnen ein Angebot zum Abschluss von Versicherungsverträgen zu unterbreiten.
Wir erstellen für Sie dann umgehend ein aussagefähiges Angebot mit allen oben genannten Informationen und Unterlagen.
Die Versicherungsverträge kommen in diesem Fall erst dann zustande, wenn Sie uns Ihre Annahmeerklärung unterzeichnet zurücksenden. Sie erhalten von uns daraufhin nochmals eine Information, die das Zustandekommen der Verträge bestätigt.
- Vor der schriftlichen Annahme meines Antrags durch die Gesellschaft bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins wird mir von der Gesellschaft empfohlen, meine bisherige Versicherung vorläufig nicht aufzugeben.**

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

1. Verantwortlichkeit für den Antrag

Ich habe die Antragsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden angegeben. Der Erhalt einer schriftlichen Annahmeerklärung durch den Versicherer steht dem Erhalt des Versicherungsscheins gleich. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und infolgedessen unter Umständen die Leistung verweigern kann.

2. Es gelten zu den jeweils ausgewählten Tarifen zusätzlich die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen:

Für die Krankheitskostenteilversicherung/Krankenzusatzversicherung

- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und Tarifbedingungen
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/S) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VSU/VSF
- Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBZU)

Für die Krankentagegeldversicherung

- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung und Tarifbedingungen

Für die Private Pflegezusatzversicherung

- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung und Tarifbedingungen

Für die Auslandsreisekrankenversicherung

- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVBRKM/AVBRKFM) für die Auslandsreisekrankenversicherung

3. Erklärungen zum Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit bei Anträgen auf Krankentagegeld

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht.

Mir ist bewusst, dass für den Abschluss einer Krankentagegeldversicherung die korrekte Angabe der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.

Abweichende Zahnstaffel bei ZZ-Tarifen:

Zahnstaffelverlängerung

In Tarif ZZ75, ZZ90 bzw. ZZ100 gelten ab dem Alter 50 **bei mehr als acht Kronen, Brückengliedern, Implantaten und Stifzähnen** abweichend von Teil III Ziff.4 der Vertragsbestimmungen folgende Leistungsbegrenzungen:

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergischen Krankenversicherung) nach den Nummern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen maximal je versicherte Person ab Versicherungsbeginn

des Tarifs ZZ75:

800 EUR	in den ersten beiden
1.600 EUR	in den ersten vier
2.400 EUR	in den ersten fünf
3.200 EUR	in den ersten sechs

Versicherungsjahren

Zahnstaffelhalbierung

In Tarif ZZ75, ZZ90 bzw. ZZ100 gelten **bei mehr als einem fehlenden Zahn** abweichend von Teil III Ziff.4 der Vertragsbestimmungen folgende Leistungsbegrenzungen:

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergischen Krankenversicherung) nach den Nummern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen maximal je versicherte Person ab Versicherungsbeginn

des Tarifs ZZ75:

400 EUR	im ersten
800 EUR	in den ersten beiden
1.200 EUR	in den ersten drei
1.600 EUR	in den ersten vier

Versicherungsjahr/en

Zahnstaffelverlängerung und -halbierung

In Tarif ZZ75, ZZ90 bzw. ZZ100 gelten ab dem Alter 50 **bei mehr als acht Kronen, Brückengliedern, Implantaten und Stifzähnen und mehr als einem fehlenden Zahn** abweichend von Teil III Ziff.4 der Vertragsbestimmungen folgende Leistungsbegrenzungen:

Die Versicherungsleistungen (Erstattung der Württembergischen Krankenversicherung) nach den Nummern 3.1, 3.2 und 3.3 betragen maximal je versicherte Person ab Versicherungsbeginn

des Tarifs ZZ75:

400 EUR	in den ersten beiden
800 EUR	in den ersten vier
1.200 EUR	in den ersten fünf
1.600 EUR	in den ersten sechs

Versicherungsjahren

der Tarife ZZ90 bzw. ZZ100:

1.500 EUR	in den ersten beiden
3.000 EUR	in den ersten vier
4.500 EUR	in den ersten fünf
6.000 EUR	in den ersten sechs

Versicherungsjahren

der Tarife ZZ90 bzw. ZZ100:

750 EUR	im ersten
1.500 EUR	in den ersten beiden
2.250 EUR	in den ersten drei
3.000 EUR	in den ersten vier

Versicherungsjahr/en

der Tarife ZZ90 bzw. ZZ100:

750 EUR	in den ersten beiden
1.500 EUR	in den ersten vier
2.250 EUR	in den ersten fünf
3.000 EUR	in den ersten sechs

Versicherungsjahren

Mit Beginn des 7. Versicherungsjahrs entfallen diese Leistungsbegrenzungen.

Mit Beginn des 5. Versicherungsjahrs entfallen diese Leistungsbegrenzungen.

Mit Beginn des 7. Versicherungsjahrs entfallen diese Leistungsbegrenzungen.

Alle vorstehend genannten Leistungsbegrenzungen gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, der nach Versicherungsbeginn (Vertragsschluss) eingetreten ist. Schädigungen der Zähne (z.B. Zahnfrakturen), die durch Nahrungsaufnahme verursacht werden, gelten nicht als Unfall.

Widerrufsbelehrung

Abchnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Württembergische Krankenversicherung AG,
W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim,
E-Mail Adresse: kranken.vertragservice@wuerttembergische.de,
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten: 0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um eine Betrag in Höhe von 1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abchnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der im Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflicht bei allen Versicherungszweigen

Folgende Informationen müssen wir Ihnen zur Verfügung stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermitt-

lung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Datenschutzhinweise externer Dienstleister

Bitte beachten Sie auch die Datenschutzhinweise der SCHUFA Holding AG und der infoscore Consumer Data GmbH. Diese nutzen Ihre im Antrag mitgeteilten Daten in den Fällen einer Anfrage durch die Württembergischen Krankenversicherung AG auch.

Die Datenschutzhinweise finden Sie unter:

SCHUFA Holding AG

<https://www.schufa.de/de/datenschutz/>

infoscore Consumer Data GmbH

<https://www.riverty.com/de/datenschutz/>

Liste über datenverarbeitende Stellen der Württembergische Krankenversicherung AG

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

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebspartner GmbH
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Immobilien GmbH
- W&W Asset Management GmbH
- AllmarkVersicherungsmakler 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.

- gesetzliche Krankenkassen, mit denen Kooperationsverträge bestehen und bei denen Ihre gesetzliche Kranken- und/oder Pflegeversicherung durchgeführt wird

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) im Rahmen der Vermittlung von Versicherungsschutz durch gesetzliche Krankenkassen.

- Chipkartenhersteller

Übertragene Aufgaben

Herstellung und Ausgabe der Card für Privatversicherte.

- 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) im Rahmen der steuerlich berücksichtigungs-fähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir gesondert um Einwilligung bitten.

- Deutsche Rentenversicherung Bund – DEÜV-Postfach-Meldeverfahren

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Sechsten Sozialgesetzbuch (SGB VI) im Rahmen der Beitragszahlung zur Rentenversicherung für Pflegepersonen. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir Sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Bundesversicherungsamt

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Rahmen der Beitragszahlungspflicht zur Pflegepflichtversicherung.

- SCHUFA Holding AG

Übertragene Aufgaben

Bereitstellung von Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten (Bonität) und Wahrscheinlichkeitswerten auf der Grundlage des SCHUFA-Datenbestandes zur Beurteilung des Kreditrisikos (Score).

- infoscore Consumer Data GmbH

Übertragene Aufgaben

Bereitstellung von Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten (Scoring).

- Creditreform Stuttgart Strahler KG

Übertragene Aufgaben

Bereitstellung von Informationen zu Ihrem Zahlungsverhalten einschließlich Bonität.

- IFE Gesundheits-GmbH

Übertragene Aufgaben

Bereitstellung von Informationen zu Ihrem Vertrag zur Erbringung von Terminalservicelieferungen für versicherte Personen mit einem Budgettarif im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung.

- Swiss Post Solutions Germany GmbH

Übertragene Aufgaben

Beschaffung der Krankenversichertennummer (KVNR) im Rahmen der Anbindung an die Telematikinfrastruktur.

- Deutsche Post AG

Übertragene Aufgaben

Logistik- und Postunternehmen.

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

- Württembergische Lebensversicherung AG
- Württembergische Versicherung AG
- W&W Informatik GmbH
- W&W Service GmbH

Übertragene Aufgaben

Diese 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. Dabei werden die Gesundheitsdaten direkt verwendet (z. B. Risikoprüfung, Leistungsbearbeitung) oder beim Erstellen der Datensammlungen kann ein Einblick in die Gesundheitsdaten bestehen.

- Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Übertragene Aufgaben

Außergerichtliche Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

- gesetzliche Krankenkassen, mit denen Kooperationsverträge bestehen und bei denen Ihre gesetzliche Kranken- und/oder Pflegeversicherung durchgeführt wird

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) im Rahmen der Vermittlung von Versicherungsschutz durch gesetzliche Krankenkassen. Wenn Sie uns eine Einwilligung zur Datenweitergabe von Gesundheitsdaten im Rahmen von ausgewählten Versicherungstarifen im Zusammenhang mit der Kostenerstattung erteilt haben, werden zusätzlich auch die Gesundheitsdaten übermittelt. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir Sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Assistancedienstleister

Malteser Hilfsdienst gGmbH Assistance

Übertragene Aufgaben

Erbringung von vereinbarten Assistenzleistungen bei Auslandsreisen und im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir Sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Leistungserbringer von Arznei- und Hilfsmitteln sowie Rehabilitations- und Pflegebedarf

Übertragene Aufgaben

Erbringung von Arznei- und Hilfsmitteln sowie Rehabilitations- und Pflegebedarf. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir Sie gesondert um Einwilligung bitten.

- innovas GmbH

Übertragene Aufgaben

Prüfdienstleistung für Krankenhaus-Rechnungen (DRG).

- we4 Impact GmbH

Übertragene Aufgaben

Erstellung von Gutachten für die Neuantrags- und Leistungsprüfung und Risikoeinschätzung bei Neuanträgen und Vertragsänderungen sowie Beratungsleistungen zu Rehabilitationsmaßnahmen und weiteren Behandlungsmöglichkeiten (Antrags-, Leistungs- und Regressprüfung, Beratung).

- Privatermittler

Übertragene Aufgaben

Sachverhaltsermittlung im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung.

- Beauftragte Rechtsanwälte

Übertragene Aufgaben

Vertretung im Fall eines Rechtsstreits, rechtliche Begutachtung eines Versicherungsfalls.

- Assekurata Assekuranz-Rating GmbH

Übertragene Aufgaben

Erstellung eines Unternehmensratings.

Information per Telefon / E-Mail / Kontaktaufnahme zu Werbezwecken

Mit meiner Zustimmung verarbeiten die Unternehmen der W&W-Gruppe oder die regional für mich jeweils zuständigen Vermittler der Württembergische Versicherung AG oder der Wüstenrot Bausparkasse AG meine Kontaktdaten, um mich 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 Oldenburgische Landesbank AG (26016 Oldenburg) die Santander Consumer Bank AG (41061 Mönchengladbach) und die Creditplus Bank AG (70178 Stuttgart).

Wer nutzt meine Einwilligung?

Die für mich regional jeweils zuständigen Vermittler beider Gesellschaften, der Württembergische Versicherung AG oder der Wüstenrot Bausparkasse AG, sowie die Unternehmen der W&W-Gruppe: Wüstenrot & Württembergisch AG, Württembergische Versicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG, Württembergische Krankenversicherung AG, Wüstenrot Bausparkasse AG, Wüstenrot Immobilien GmbH, Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH, Württembergische Vertriebspartner GmbH, W&W Informatik GmbH, W&W Asset Management GmbH, Wüstenrot Haus- und Städtebau GmbH, W&W Service GmbH, W&W Interaction Solutions GmbH.

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 <https://www.wv-ag.com/de/impressen-unternehmen/impressen-uebersicht>

Verarbeitung meines digitalen Profils

Mit meiner Zustimmung verarbeiten die Württembergische Versicherung AG und die Wüstenrot Bausparkasse AG Daten der genutzten Endgeräte, Anmeldedaten sowie mein digitales Nutzungsverhalten in der werblichen E-Mail-Kommunikation und auf den jeweiligen Websites. Dafür wird die Pixel-Technologie der Salesforce Marketing Cloud eingesetzt. Weitere Informationen dazu finden sich in den Datenschutzhinweisen www.wuerttembergische.de/datenschutz/ unter „Newsletter und werbliche E-Mail-Kommunikation“.

Widerruf der Einwilligungserklärungen

Die jeweilige Einwilligungserklärung können Sie jederzeit widerrufen. Ihr Widerruf hat keinen Einfluss auf bestehende Verträge. Er wirkt erst für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen. Ihren Widerruf können Sie z. B. unter

Württembergische
Telefon: 0711 662-0
Fax: 0711 662-829400
kundenservice@wuerttembergische.de

mitteilen.



Ihr Fels in der Brandung.

Württembergische Krankenversicherung AG

Vorstand:

Jacques Wasserfall, Dr. Jonas Eickholt

Aufsichtsratsvorsitzender: Jürgen A. Junker

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart,
Handelsregister B Nr. 19456

Sitz der Gesellschaft: Kornwestheim
Telefon 0711 662-0

Besuchsanschrift:

W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim

Postanschrift: 70801 Kornwestheim

Bankverbindung:

HypoVereinsbank (UniCredit Bank GmbH)
IBAN: DE50 7002 0270 0062 3120 41
BIC: HYVEDEMM

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

VNR

Individuelle Vertragsinformationen

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die Ihnen angebotene Versicherung geben. Diese Informationen sind jedoch nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem Antrag, dem Versicherungsschein und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Bitte lesen Sie daher die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig.

1. Welcher Art der Versicherung bieten wir Ihnen an?

Der angebotene Vertrag ist eine private Krankenversicherung. Grundlage sind die gesondert vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbedingungen sowie alle weiteren im Antrag genannten Besonderen Bedingungen und Vereinbarungen.

2. Welche Risiken sind versichert, welche sind nicht versichert?

Versicherte Person(en)

Titel, Vorname, Zuname	Geburtsdatum
Titel, Vorname, Zuname	Geburtsdatum

Die tarifbezogenen Leistungen finden Sie nachstehend (bitte beachten Sie, dass die Aufzählung nicht abschließend ist):

Tarif ZZ75

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Kosten für Zahnersatz (einschließlich Inlays und Implantate) werden zusammen mit den Leistungen der GKV/Heilfürsorge zu 75 % übernommen.

In den ersten vier Versicherungsjahren sind die erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Nicht erstattet werden beispielsweise bereits vor Vertragsschluss begonnene bzw. geplante Maßnahmen.

Tarif ZZ90

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Kosten für Zahnersatz (einschließlich Inlays und Implantate) werden zusammen mit den Leistungen der GKV/Heilfürsorge zu 90 % übernommen.

In den ersten vier Versicherungsjahren sind die erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Nicht erstattet werden beispielsweise bereits vor Vertragsschluss begonnene bzw. geplante Maßnahmen.

Tarif ZZ100

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Kosten für Zahnersatz (einschließlich Inlays und Implantate) werden zusammen mit den Leistungen der GKV/Heilfürsorge zu 100 % übernommen.

In den ersten vier Versicherungsjahren sind die erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt.

Nicht erstattet werden beispielsweise bereits vor Vertragsschluss begonnene bzw. geplante Maßnahmen.

Tarif ZZB

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Kosten für ergänzende Zahnbehandlungen sowie bis zu einem Betrag von 80 EUR pro Versicherungsjahr Kosten für Zahnprophylaxe werden erstattet.

Außerdem werden Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen, die vor dem vollendeten 18. Lebensjahr begonnen wurden, bis zu einem Betrag von 1000 EUR innerhalb der gesamten Vertragslaufzeit ersetzt.

Nicht erstattet werden beispielsweise stationär durchgeführte Zahnbehandlungen, Behandlungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen erbracht werden und Inlays.

VNR

Tarif ZZBPlus

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Kosten für ergänzende Zahnbehandlungen, Kosten für Zahnprophylaxe bis zu einem Betrag von 150 EUR pro Versicherungsjahr sowie die Kosten bis zu einem Betrag von 200 EUR pro Versicherungsjahr für Akupunktur und Hypnose zur Schmerzbehandlung bzw. für eine Vollnarkose werden erstattet. Außerdem werden Kosten für kieferorthopädische Maßnahmen, die vor dem vollendeten 18. Lebensjahr begonnen wurden, bis zu einem Betrag von 3000 EUR innerhalb der gesamten Vertragslaufzeit ersetzt.

Nicht erstattet werden beispielsweise stationär durchgeführte Zahnbehandlungen, Amalgamsanierungen, Behandlungen, die im Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen erbracht werden und Inlays.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter § 1 sowie den Besonderen Bedingungen, den Tarifbedingungen, den Tarifen sowie Besonderen Vereinbarungen nach.

3. Prämie, Kosten

Wie hoch ist Ihr Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten können zusätzlich entstehen? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag nicht oder verspätet bezahlen?

Beitrag	
Beitragsfälligkeit	monatlich, jeweils zum Ersten eines jeden Monats, erstmals zum Versicherungsbeginn

Bitte beachten Sie, dass hier noch nicht der Beitrag berücksichtigt werden kann, der sich nach Antragsstellung bzw. nach Aufforderung eines Angebotes zum Versicherungsschutz aus einer individuellen Antragsprüfung heraus ergibt. Hierdurch können sich Zusatzbeiträge und/oder individuelle Risikozuschläge ergeben. Bitte beachten Sie auch, dass sich Ihr Beitrag zudem aufgrund einer **Beitragsanpassung** zum Jahreswechsel erhöhen kann.

In Ihrem Angebot sind Tarife enthalten, deren Beitrag vom Alter der versicherten Person abhängt. Nach den allgemeinen Versicherungsbedingungen ändert sich der Beitrag ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person die nächst höhere Altersgruppe erreicht. Die relevanten Altersgruppen und Beiträge (in EUR) zu Ihren betroffenen Tarifen finden Sie in den folgenden Tabellen.

Tarif		Altersgruppen	
		0-20	ab 21
ZZB (Normal)	Unisex	9,62	7,88
ZZBPlus (Normal)	Unisex	21,63	11,27

Tarif		Altersgruppen					
		0-20	21-30	31-40	41-50	51-60	ab 61
ZZ75 (Normal)	Unisex	1,06	2,87	5,85	9,68	14,97	17,99
ZZ90 (Normal)	Unisex	3,54	7,46	13,57	20,65	28,86	35,02
ZZ100 (Normal)	Unisex	5,20	10,98	19,96	30,37	42,45	51,51

Bitte beachten Sie, dass der Beitrag durch individuelle Risikozuschläge abweichend von den genannten Werten ausfallen kann. Es ist stets der Beitrag für das jeweilige aktuelle Alter zu zahlen unabhängig vom Eintrittsalter. Diese Beiträge sind jedoch keine dauerhaft feststehenden Beiträge. Diese können sich im Rahmen der Regelungen zur Beitragsanpassung ändern.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins oder nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind zu den oben angegebenen Terminen zu zahlen. Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und werden Sie von uns in Textform gemahnt, so sind Sie zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Außerdem können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren erhoben werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den AVB unter § 8 nach.

Mögliche sonstige Kosten:

- Für die Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontodeckung ist in der Regel eine Gebühr je Rückläufer durch Sie zu entrichten. Das gilt auch bei Rückläufern wegen falscher Bankverbindung und fehlender Mitteilung einer neuen Bankverbindung.

VNR

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Tarife ZZ75, ZZ90, ZZ100, ZZBPlus, ZZB

Keine Leistungspflicht besteht für die Teile der Behandlungsrechnung, die den Bestimmungen der gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte nicht entsprechen.

Diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, etwa eine vollständige Aufzählung der Ausschlussgründe, sehen Sie dazu bitte in den AVB unter § 5 nach.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsschluss zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, müssen Sie die im Antragsformular enthaltenen Fragen unbedingt wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wenn Sie falsche Angaben machen, können wir unter Umständen - auch noch nach längerer Zeit - vom Vertrag zurücktreten. Das kann sogar zur Folge haben, dass wir keine Versicherungsleistungen erbringen müssen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu z.B. bitte in der gesondert vorliegenden Information „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ nach.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sollten sich Ihre Postanschrift, Ihre Bankverbindung oder Ihr Name ändern, teilen Sie uns dies bitte unverzüglich mit. Fehlende Informationen können den reibungslosen Vertragsablauf beeinträchtigen.

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

Wir sind mit den in § 28 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei oder können innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den AVB unter §§ 9, 10 und 11 nach.

7. Welche Pflichten haben Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls und welche Folgen können Verletzungen dieser Pflichten haben?

Sie und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht durch uns und ihres Umfangs erforderlich ist. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Wir sind mit den in § 28 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den AVB unter §§ 9, 10 und 11 nach.

8. Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den AVB unter §§ 2 und 7 nach.

9. Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern Sie ihn nicht drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres schriftlich gekündigt haben.

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den AVB unter § 13 nach.

Für Fragen stehen Ihnen Ihr Außendienstbetreuer oder die Mitarbeiter der Württembergische Krankenversicherung AG gerne zur Verfügung.

VNR