

Richtig vorsorgen

# Mit den Produkten der Württembergische Lebensversicherung AG.

**Abschluss einer:**

**Direktversicherung mit Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG**

- Klassische Rentenversicherung KlassikClever zusätzlich Förderfähigkeit nach § 100 EStG („KombiRente“)
- Klassische Rentenversicherung IndexClever
- Fondsgebundene Rentenversicherung Genius, inklusive Produktvariante ProZukunft
- Berufsunfähigkeitsversicherung

**Rückdeckungsversicherung**

- Klassische Rentenversicherung KlassikClever
- Fondsgebundene Rentenversicherung Genius
- Risikolebensversicherung Premium
- Risikolebensversicherung Kompakt
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- ParkKonto

Ihr Fels in der Brandung.

## Antrag auf Abschluss einer

- Direktversicherung
- Rückdeckungsversicherung

Bitte senden Sie den vollständig eingescannten Antrag an folgende Mailadresse: [bAV-Antrag@wuerttembergische.de](mailto:bAV-Antrag@wuerttembergische.de)

<input type="checkbox"/> <b>Neukunde/-in</b> <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.	PZ			Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	
-	-	<input type="checkbox"/> R						%					

  

**■ Antragsteller (Versicherungsnehmer)**    4=Firma

**■ Zu versichernde Person Firmeneintrittsdatum**     1 Herr  
 2 Frau

Tag/Monat/Jahr

Für die Direktversicherung ist nach § 150 Absatz 2 VVG zur Wirksamkeit des Vertrages die schriftliche Einwilligung der zu versichernden Person in bestimmten Fällen nicht erforderlich; siehe Erläuterungen unter „Erklärungen und Hinweise“ am Ende des Dokumentes.

**■ Mitzuversichernde Person**     1 Herr  
 2 Frau  
 (für Tarif W)

**■ Identifizierungspflicht nach dem Geldwäschegesetz**  
 (nicht erforderlich bei Direktversicherungen)

**■ Persönliche Steueridentifikations-Nr. der versicherten Person (nur bei Direktversicherungen und nur für Tarife ARC, ARCE, ARCG, ARCGE, IR, IRE, FRH, FRHE und SR) in Deutschland**

**■ Steuerliche Ansässigkeit des Versicherungsnehmers außerhalb Deutschlands**

(nur für klassische und fondsgebundene Rentenversicherungen als Rückdeckungsversicherung, siehe am Ende des Dokumentes)  
 Bitte beachten Sie die „Hinweise zu den Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit“ und die „Allgemeinen Erläuterungen“ am Ende des Dokumentes.

Firma inklusive Rechtsform											
Straße, Hausnummer											
Länderkennzeichen				Postleitzahl				Ort			
D-											
Telefon						E-Mail					
Ansprechpartner								Branche			

  

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

  

Titel, Vorname, Nachname								Geburtsdatum			
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--------------	--	--	--

  

Bei Rückdeckungsversicherungen bitte das Formular DSLegi1 (Ziffer 2.) ausfüllen und mit den entsprechenden Nachweisen dem Antrag beifügen.

  
  

Ist der Rechtsträger in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) steuerlich ansässig?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde der Rechtsträger in den USA oder nach dem Recht der USA gegründet?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls mindestens eine oder zwei der vorherigen Fragen mit ja beantwortet wurden, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land bzw. die Länder der steuerlichen Ansässigkeit/en an sowie die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n, sofern für das jeweilige Land möglich.		
Land der steuerlichen Ansässigkeit	Ausländische Steueridentifikationsnummer	





**■ Rentenversicherung**

Direktversicherung: ARC / ARCE, ARCG / ARCGE, IR / IRE und FRH / FRHE

Pensionszusage: ARC/ARCE, FRH / FRHE und ARPE

Direktzusage: ARC / ARCE und FRH / FRHE

**Tarife** (siehe am Ende des Dokuments)

Kapitalwahlrecht ausgeschlossen

(bei den Tarifen ARCG und ARCGE immer ankreuzen, da es kein Kapitalwahlrecht gibt.)

Produktvariante ProZukunft

(nur bei Direktversicherung)

<b>Rentenzahlung</b>	<input type="checkbox"/> Monatlich (immer bei Direktversicherung) <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich
<b>Altersrente</b> (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	<b>Garantierte Altersrente</b> (bei Tarifen FRH und FRHE je 10.000 EUR Rentengarantiekapital entsprechend Rentenzahlung) <b>Mindestrente</b> (bei Tarifen ARC, ARCE, ARCG, ARCGE, APRE, IR, IRE)
	<b>EUR</b>
Bei Tarif SR (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen): Gesamtrente inklusive Überschuss im 1. Versicherungsjahr	
	<b>EUR</b>

**Klassische Rentenversicherung (Tarife ARC, ARCE, ARCG, ARCGE, APRE, IR, IRE, SR)**

<b>Garantie-Kapital</b> (bei Tarifen ARC, ARCE, ARCG, ARCGE, APRE, IR, IRE) (Gegebenenfalls keine 100 % der Beitragssumme der Hauptversicherung; Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)		<b>EUR</b>
<b>Garantierte Leistungen im Todesfall</b> (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	<b>Bis zum vereinbarten Rentenbeginn</b>	<b>Tarife ARC, ARCE, ARCG, ARCGE, APRE, IR oder IRE</b>  <b>Tarif SZ</b> (bei Tarifen ARC, ARCE, ARCG und ARCGE)
		Gesamt-Kapital  <input type="checkbox"/> Beitragsrückgewähr oder <input type="checkbox"/> konstante Todesfall-Leistung in Höhe von _____ EUR (60% bis 100% der Beitragssumme der Hauptversicherung; nur Tarife ARC, ARCG)
	<b>Ab vereinbarten Rentenbeginn</b>	10 Jahre Rentengarantiezeit (bei Tarif APRE 24 Jahre bzw. die steuerlich maximal zulässige Rentengarantiezeit) oder _____ Jahre
<b>Hinterbliebenenrente</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tarif W</b> (nur bei Tarif SR) _____ % der Altersrente	
	oder <input type="checkbox"/> garantierte Rente entsprechend Rentenzahlung	<b>EUR</b>
bei Abschluss als Rückdeckungsversicherung: garantierte Rentensteigerung analog der Hauptversicherung		

**Fondsgebundene Rentenversicherung (Tarife FRH, FRHE)**

<b>Garantieformen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Garantieplan und Beitragsgarantie</b> <input type="checkbox"/> <b>Beitragsgarantie</b> <input type="checkbox"/> <b>Garantieplan</b> (nicht bei Direktversicherung) <input type="checkbox"/> <b>ohne Garantie</b> (nicht bei Direktversicherung)
	(Garantieplan: stufenweise, von der Fondsentwicklung abhängige Anhebung des Garantie-Guthabens, siehe auch Versicherungsbedingungen)
<b>Garantierte Leistungen im Todesfall</b> (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	
<b>Vor Beginn der Phase des flexiblen Rentenübergangs:</b>	_____ % der Beitragssumme der Hauptversicherung (Direktversicherung max. 100%, Rückdeckungsversicherung max. 200%)
<b>Ab vereinbartem Rentenbeginn:</b>	<b>10 Jahre Rentengarantiezeit</b> oder _____ Jahre Rentengarantiezeit
<b>Garantie-Guthaben aus Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn:</b>	_____ % (Direktversicherung entweder 80 oder 90 %, Rückdeckungsversicherung 0% – 90% der Beitragssumme der Hauptversicherung [Voraussetzung ist eine durchgehende Zahlung der vereinbarten Beiträge.], bei Garantieform „Garantieplan“ bzw. „ohne Garantie“ immer 0%)

**Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)**

<b>Bis zum vereinbarten Rentenbeginn:</b> Anlage im Sicherungsvermögen (bei Tarifen ARC, ARCE, ARCG, ARCGE, APRE) Indexbeteiligung: Index Multi-Asset Strategie (bei Tarifen IR, IRE; siehe auch in der obigen Rubrik „Besondere Vereinbarungen/Hinweise“ die möglichen besonderen Vereinbarungen) Anlage im Gesamt-Guthaben (bei Tarifen FRH, FRHE)	<b>Ab vereinbarten Rentenbeginn:</b> Rentenerhöhung (immer bei garantierter Rentensteigerung) oder <input type="checkbox"/> Steigende Bonusrente (immer bei Tarif APRE) <input type="checkbox"/> Bonusrente (Informationsblatt erforderlich; bei Direktversicherung nur für beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführer möglich)
---	--

**Fondsauswahl**

Nur auszufüllen bei Tarifen FRH und FRHE

Bei der Produktvariante ProZukunft können Sie sich zwischen der nachhaltigen und einer individuellen Anlagestrategie entscheiden. Bei einer individuellen Anlagestrategie können Sie ausschließlich in eine qualitätsgeprüfte Auswahl nachhaltiger Fonds investieren, die ökologische und/oder soziale Kriterien berücksichtigen.

Nur ausfüllen, falls eine individuelle Anlagestrategie gewünscht ist

**Auswahl der Anlagestrategie:**

Bei Entgeltumwandlung der Arbeitnehmer, bei Arbeitgeberfinanzierung der Arbeitgeber und bei Mischfinanzierung ist die einheitliche Anlagestrategie des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers anzugeben, d.h. es gilt die zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber vereinbarte Fondsauswahl.

<b>Anlagestrategie</b>	<input type="checkbox"/> <b>ertragsorientiert</b> 50% W&W Euroland-Renditefonds 50% W&W Internationaler Rentenfonds	<input type="checkbox"/> <b>gewinnorientiert mit Vermögensverwaltung</b> 100% W&W Vermögensverwaltende Strategie	<input type="checkbox"/> <b>gewinnorientiert</b> 40% W&W Europa-Fonds 40% W&W Global-Fonds 20% W&W Quality Select Aktien Welt	<input type="checkbox"/> <b>nachhaltig</b> 50% W&W Nachhaltige Strategie 50% W&W Nachhaltige Strategie Aktien	<input type="checkbox"/> <b>risikoorientiert</b> 40% W&W Quality Select Aktien Welt 40% W&W Quality Select Aktien Europa 20% W&W Global Fonds
------------------------	---	--	--	--	---

Die von mir gewählte Anlagestrategie beinhaltet Fonds verschiedener Risikoindikatoren. Diese können den Fondsbeschreibungen der einzelnen Fonds entnommen werden.

**Individuelle Anlagestrategie**

<input type="checkbox"/> Ich möchte eine individuelle Fondsauswahl vornehmen und wähle bis zu 5 Fonds:	Risikoindikator	Aufteilung (Summe 100 %)
		%
		%
		%
		%
		%

Fonds für Tarif BURV (bei Überschussverwendungsform Fondsanlage) (Fondsbeschreibung siehe Verbraucherinformationen): **W&W Nachhaltige Strategie Aktien 100 %**

**Risikolebensversicherung**

(nur als Rückdeckungsversicherung möglich, Tarife SP oder SB)

Tarife (siehe am Ende des Dokuments)

Risikoklasse der zu versichernden Person

<b>Garantierte Leistung im Todesfall</b> (bei Tarifen SP, SB mit Vereinbarung eines konstanten Todesfallschutzes)	EUR
--	-----

**Garantierte Leistung im Todesfall** (bei Tarifen SP, SB 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)

Beitragsverrechnung

Todesfall-Bonus

**Berufsunfähigkeitsschutz**

(Tarife siehe am Ende des Dokumentes)

**Direktversicherung**

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	Versicherungs- endalter (BU)	Jahre	Versicherungs- endalter (BUR)	Jahre	Leistungsendalter <sup>3)</sup>	Jahre
---------------------------------------	------------------------------	-------	-------------------------------	-------	---------------------------------	-------

**Garantierte monatliche BU-Rente (Tarif BUR)**

<input type="checkbox"/> BU ____ <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> BUR ____ <sup>4)</sup>	EUR
--	---	-----

Bei Direktversicherung nach Tarif FRH: Gesamtbeitrag bleibt nach Ablauf der BU/BUR konstant (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen).

Konstanter Gesamtbeitrag nicht gewünscht.

**Berufsunfähigkeitsversicherung**

<input type="checkbox"/> BURV ____ <sup>4)</sup>	Versicherungs- endalter	Jahre	Leistungs- endalter <sup>3)</sup>	Jahre	Weitere technische Daten finden Sie weiter vorne in der Rubrik „Technische Daten“.
--	-------------------------	-------	-----------------------------------	-------	--

<b>Garantierte BU-Rente</b> entsprechend Zahlungsweise	EUR	Rentenzahlungsweise: <b>monatlich</b> (immer bei Direktversicherung)
---	-----	---

**Überschussverwendung**  Bonusrente  Fondsanlage  
(Hinweise siehe Versicherungsbedingungen)

**Garantierte Rentensteigerung, sobald Leistungspflicht besteht.**

Jährliche Steigerung:  1 %  2 %  3 %

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

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

Der Abschluss erfolgt  im Rahmen des Einzelgeschäfts (inkl. VdVa).  
 im Rahmen des echten Kollektivgeschäfts.<sup>5)</sup>

<sup>3)</sup> Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt.

<sup>4)</sup> Hier Tarifzusatz eintragen (bei BU/BUR: 1+, 1, 2+, 2, 3, 4; bei BURV: 1,2,3,...,10)

<sup>5)</sup> Bei vorhandenem oder neu einzurichtendem Kollektiv(rahmen)vertrag. Zu wählen, wenn gemäß Annahmerichtlinien bAV (21425) die Voraussetzungen für vereinfachte Aufnahme mit Arbeitnehmererklärung, Arbeitgebererklärung oder listenmäßig vorliegen.

■ **Berufsunfähigkeitsschutz (Fortsetzung)**

(Tarife siehe am Ende des Dokumentes)

Rückdeckungsversicherung						
Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	Versicherungs- endalter (BU)	Jahre	Versicherungs- endalter (BUR)	Jahre	Leistungsendalter <sup>3)</sup> (BUR)	Jahre
<b>Garantierte BU-Rente (Tarif BUR) entsprechend Zahlungsweise</b>						
<input type="checkbox"/> BU ____ 4) <input type="checkbox"/> BUR ____ 4)		EUR		monatlich oder <input type="checkbox"/> _____		
Berufsunfähigkeitsversicherung						
<input type="checkbox"/> BURV ____ 4)	Versicherungs- endalter	Jahre	Leistungs- endalter <sup>3)</sup>	Jahre	Weitere technische Daten finden Sie weiter vorne in der Rubrik „Technische Daten“.	
<b>Garantierte BU-Rente</b> entsprechend Zahlungsweise		EUR		Rentenzahlungsweise: monatlich oder <input type="checkbox"/> _____		
<b>Überschussverwendung</b> <input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung <input type="checkbox"/> Fondsanlage (Hinweise siehe Versicherungsbedingungen)						
<input type="checkbox"/> <b>Garantierte Rentensteigerung, sobald Leistungspflicht besteht.</b> Jährliche Steigerung: <input type="checkbox"/> 1 % <input type="checkbox"/> 2 % <input type="checkbox"/> 3 %						
<input type="checkbox"/> <b>Karenzzeit:</b> <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.)						
Der Abschluss erfolgt <input type="checkbox"/> im Rahmen des Einzelgeschäfts (inkl. VdVa). <input type="checkbox"/> im Rahmen des echten Kollektivgeschäfts. <sup>5)</sup>						
3) Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt. 4) Hier Tarifzusatz eintragen (bei BU/BUR: 1+, 1, 2+, 2, 3, 4; bei BURV: 1,2,3,....,10) 5) Bei vorhandenem oder neu einzurichtendem Kollektiv(rahmen)vertrag. Zu wählen, wenn gemäß Annahmerichtlinien bAV (21425) die Voraussetzungen für vereinfachte Aufnahme mit Arbeitnehmererklärung, Arbeitgebererklärung oder listenmäßig vorliegen.						

■ **Besondere Vereinbarungen/Hinweise**

Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

---

**Besondere Vereinbarungen für IndexClever (Tarife IR und IRE)**

**Bevollmächtigung des Arbeitnehmers zur Entscheidung über die Indexbeteiligung**

Hiermit bevollmächtigen wir die zu versichernde Person (Arbeitnehmer), über die jährliche Indexbeteiligung zu entscheiden (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen und unter „Erklärungen und Hinweise“).

**Erklärung zur Indexbeteiligung**

Bis auf Weiteres wünsche ich die Indexbeteiligung. Ich benötige kein jährliches Wahlschreiben zur Anpassung meines Wunsches. Diese Entscheidung kann ich jederzeit ändern.  
Diese Erklärung kann ich als Versicherungsnehmer (Arbeitgeber) oder als bevollmächtigter Arbeitnehmer (Bevollmächtigung siehe vorheriger Kasten) abgeben.

**Nachversicherungsoption:**  
(Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen ist das Formular LP063 und bei Risikolebensversicherungen nach Tarif SP oder SB das Formular LP084 beizufügen. Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen.)

Mit diesem Antrag wird die Nachversicherung zu Versicherungs-Nr.  

	-		-	
--	---	--	---	--

 beantragt.

■ Fragen an die zu versichernde Person

**Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht und zur Beantwortung der Fragen**

- Die Gesundheitsfragen müssen grundsätzlich beantwortet werden, falls nicht eine der nachfolgend beschriebenen Ausnahmen vorliegt. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen entfällt bei
  - Tarif SR
  - Todesfall-Zusatzversicherung mit Beitragsrückgewähr und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer bei Tarifen ohne Gesundheitsfragen [siehe „Tarife ohne Gesundheitsfragen“])
  - den Tarifen ARC, ARCE, ARCG, ARCGE, 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“])
  - Einmalbeitragstarif FRHE mit einer garantierten Mindest-Todesfall-Leistung von maximal 100 % des Einmalbeitrages
  - Genius-Tarif FRH ohne garantierte Mindest-Todesfall-Leistung und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer Tarif BU ohne Gesundheitsfragen [siehe Tarife ohne Gesundheitsfragen])
- In folgendem Fall genügen vereinfachte Gesundheitsfragen:
  - Tarif BURV mit Bonusvereinbarung (P) oder als bestehender Lebenskunde und einer BU-Monatsrente (einschließlich Bonusrente) von maximal 2.000 EUR für Berufsklasse 1-3 bzw. 1.500 EUR für Berufsklasse 4-6 und sofern die weiteren Voraussetzungen erfüllt sind (siehe Rubrik „Tarif BURV mit Bonusvereinbarung (P) oder bestehender Lebenskunde und vereinfachten Gesundheitsfragen“)
- 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 BU ohne Gesundheitsfragen (siehe „Tarife ohne Gesundheitsfragen“)

mit Wartezeit

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)

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).

**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, Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, weitere Sinnesorgane, Amputationen, Versteifungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenschäden, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3	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 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?	<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? Klinikaufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen / Störungen / Beschwerden sind hier nicht anzugeben.	<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 an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

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)
4.	Sind oder waren Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in <b>Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung wegen Krankheiten, Organveränderungen oder Beschwerden...</b>			
4.1	... des <b>Herzens, des Kreislaufes oder der Gefäße</b> (z. B. Bluthochdruck, Herz- oder Herzklappenfehler [auch angeborene], Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2	... an <b>Lunge, Bronchien, Zwerchfell</b> (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemnot, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Lungenemphysem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3	... an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz</b> (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4	... an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> (z. B. Nierenentzündung, Steinleiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5	... des <b>Stoffwechsels oder der Schilddrüse</b> (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung [z. B. Cholesterin], Gicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6	... der <b>Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen</b> (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7	... durch <b>akute oder chronische Infektionen</b> (z. B. Malaria, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV, Covid-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8	... der <b>Psyche</b> (z. B. Angststörung, Depression, Essstörung, ADHS, chronische Schmerzen, traumatische Ereignisse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.9	... des <b>Gehirnes oder Nervensystems</b> (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Migräne, Kopfschmerzen oder Demenz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.10	... der <b>Wirbelsäule, Bandscheiben</b> (z. B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Hexenschuss, Muskelverspannungen, Bandscheibenvorfall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.11	... der <b>Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, Muskeln</b> (z. B. vorzeitige Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.12	... der <b>Haut, Allergien</b> (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-] Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.13	... der <b>Augen</b> (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.14	... der <b>Ohren</b> (z. B. Ohrensausen [Tinnitus], vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.15	Waren Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> vor Antragstellung wegen ein und derselben Erkrankung, die nicht unter 4.1 bis 4.14 fällt, häufiger als zweimal in <b>Behandlung, Beratung oder Kontrolle</b> (z. B. bei Ärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten. Nicht anzugeben sind grippale Infekte sowie Zahnbehandlungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.16	Haben Sie <b>derzeit</b> oder hatten Sie in den <b>letzten 3 Monaten</b> 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"/>	

■ Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

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 <b>letzten 5 Jahren ambulant operiert</b> worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2	Haben Sie in den <b>letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen</b> erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3	Bezogen Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> bzw. beziehen oder beantragen Sie eine <b>Rente</b> oder <b>Pension</b> aus gesundheitlichen Gründen bzw. wegen eines Unfalls oder haben Sie die Feststellung einer <b>Erwerbsminderung (MdE)</b> , <b>Wehrdienstbeschädigung (WDB)</b> oder <b>Schwerbehinderung (GdB)</b> 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 <b>letzten 5 Jahre</b> einen <b>Selbsttötungsversuch</b> 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.	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der <b>letzten 2 Jahre</b> wegen der unter den Nr. 1.2, 3.2 und 3.3 sowie 4.1 – 5.4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden <b>Medikamente</b> ? 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 bei Beantragung einer Todesfallabsicherung				
7.	Haben Sie neben der beantragten Lebensversicherung noch <b>weitere Versicherungen auf Ihr Leben beantragt oder abgeschlossen</b> ? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe (Todesfallleistung inkl. Bonus)? Antwort der zu versichernden Person (VP): <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>			
	EUR	<input type="checkbox"/>	Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft	
	EUR	<input type="checkbox"/>	Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft	
	EUR	<input type="checkbox"/>	Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft	
Zusätzliche Angaben zum Beruf und zur Versorgungssituation (bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)				
		Nein	Ja	Wenn ja, ergänzende Angaben
8.1	Haben Sie in den <b>letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt</b> ? Wenn ja, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2	Haben Sie für den Fall der <b>Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit bzw. des Verlustes einer Grundfähigkeit sonstige Leistungen</b> zu erwarten bzw. haben Sie eine solche Absicherung beantragt? <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> Wenn ja, geben Sie bitte jeweils die <b>Absicherungshöhe</b> , die <b>Art der Versorgung</b> (private Vorsorge, betriebliche Altersversorgung, Beamtenversorgung, berufsständische Versorgungswerke, Zusatzversorgung, sonstige Absicherungen (z. B. alternative Invaliditätsabsicherungen)), die <b>Art der Absicherung</b> (Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit bzw. Verlust einer Grundfähigkeit) und die <b>Gesellschaft vollständig</b> an.			
	EUR	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft
	EUR	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft
	EUR	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft

■ **Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)**

**Zusätzliche Frage zum Nikotinkonsum (nur bei Tarif BURV oder bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher nach Tarif SP oder SB)**

		Nein	Ja	
9.1	Sind Sie <b>Nichtraucher</b> (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"/>	<b>Bei Tarif SP oder SB: Wenn ja, beachten Sie bitte den „Wichtigen Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei einer Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher“.</b>
9.2	Sind Sie <b>Nichtraucher</b> (gemäß obiger Definition) <b>seit mindestens 10 Jahren?</b> (nicht bei Tarif BURV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Folgen noch weitere Angaben?**

- weitere Angaben/Unterlagen sind in einem verschlossenen Umschlag beigefügt
- 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

■ **Tarif BURV mit Bonusvereinbarung (P) oder als bestehender Lebenskunde und vereinfachten Gesundheitsfragen**

Das Höchsteintrittsalter beträgt 45 Jahre. Versichert werden alle Berufe der Berufsklassen 1, 2, 3, 4, 5 und 6.

Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person (bei BU-Monatsrenten in Höhe von maximal 2.000 EUR für Berufsklasse 1-3 bzw. 1.500 EUR für Berufsklasse 4-6 einschließlich Bonusrente)

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

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

■ **Tarif BURV mit Bonusvereinbarung (P) oder als bestehender Lebenskunde und vereinfachten Gesundheitsfragen (Fortsetzung)**

**Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand**

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

**Falls mindestens eine der Fragen 1. bis 6. mit „ja“ beantwortet wird, sind die obigen Fragen an die zu versichernde Person (Gesundheitsfragen Nr. 1.1 bis 9.2) zu beantworten.**

**Frage zu besonderen Gefahren**

		Nein	Ja
7.	Sind Sie besonderen Gefahren bei <b>Sport und Hobby</b> ausgesetzt, 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? Wenn ja, welche? Bitte hier angeben und den entsprechenden Zusatzfragebogen ausfüllen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ **Tarif BURV mit Bonusvereinbarung (P) oder als bestehender Lebenskunde und vereinfachten Gesundheitsfragen (Fortsetzung)**

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

■ **Tarife ohne Gesundheitsfragen**

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

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

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

\* = einschließlich Magister

**Frage zu besonderen Gefahren**

		Nein	Ja
8.	Wer ist Ihr <b>Hausarzt</b> bzw. <b>welcher Arzt</b> kann über Ihre <b>Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft</b> geben? Bitte Namen und Anschrift angeben! <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
9.	Wie sind Ihre derzeitigen <b>Körpermaße</b> ? <b>Größe</b> _____ cm <b>Gewicht</b> _____ kg		
10.	Sind Sie <b>Nichtraucher</b> (Nichtraucher ist, wer <b>in den vergangenen 12 Monaten</b> 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, <b>in Zukunft</b> Nichtraucher zu bleiben.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Wie hoch ist Ihr <b>jährliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit</b> ? _____ EUR		

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

- Es wird Tarif BU ohne Gesundheitsfragen beantragt.**  
 **Es wird Tarif SZ mit konstanter Todesfall-Leistung ohne Gesundheitsfragen beantragt.**

Nur möglich unter folgenden Voraussetzungen:

- Der Jahresbeitrag darf 8 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht übersteigen.
- **Wartezeit von 3 Jahren** ist vereinbart (siehe Erklärungen und Hinweise).

1) Für den Tarif BU ohne Gesundheitsfragen gilt außerdem:

- Tritt die Berufsunfähigkeit der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre ein wird keine Leistung fällig.
- maximales Eintrittsalter 57 Jahre
- keine weiteren Zusatzversicherungen außer Todesfall-Zusatzversicherung

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

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

1.	Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):
2.	<b>2a) Bei Tarifen BURV, SP, SB, BU und BUR zur Risikolebensversicherung:</b> Hat die zu versichernde Person einen Hochschulabschluss?	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Staatsexamen* <input type="checkbox"/> Keinen
	Hat die zu versichernde Person eine Berufsausbildung oder eine qualifizierende Weiterbildung?	<input type="checkbox"/> Kaufmann <input type="checkbox"/> Industrie <input type="checkbox"/> Handwerk <input type="checkbox"/> Techniker/Meister <input type="checkbox"/> Fachwirt/Betriebswirt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Keine
	<b>2b) Sonstige Tarife:</b> 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
3.	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 %
4.	Ist die zu versichernde Person Angestellter, Beamter, Selbstständiger, Gewerbetreibender oder Geschäftsführer mit Leitungsfunktion?  Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der zu versichernden Person geführt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  <input type="checkbox"/> unter 5 <input type="checkbox"/> mindestens 10 <input type="checkbox"/> 5-9

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

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

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Württembergische Lebensversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten (3.2.) angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

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

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

**1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Württembergische Lebensversicherung AG**

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

**2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

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

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

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Wir benötigen hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die 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](http://www.wuerttembergische.de/dienstleister) bei Eingabe des Produktcodes „LV79589“ eingesehen oder angefordert werden bei Württembergische Lebensversicherung AG, W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim, Telefon: 0711/662-0, E-Mail: [kundenservice@wuerttembergische.de](mailto: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 Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

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

### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

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

Die Württembergische Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Gesundheitsdaten der zu versichernden Person bzw. der ggf. mitzuversichernden Person an den Arbeitgeber, den Versicherungsnehmer der beantragten Direktversicherung bzw. Rückdeckungsversicherung, weiter. Gleichwohl kann es im Rahmen der Antrags-, Vertrags- bzw. Leistungsbearbeitung erforderlich sein, dem Arbeitgeber auf versicherungsrechtlicher Grundlage Daten zur Kenntnis zu geben, die Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en) zulassen. So erfährt der Arbeitgeber 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 Arbeitgeber 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 dem Arbeitgeber übermitteln darf.**

■ **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 zur steuerlichen Ansässigkeit des Rechtsträgers (hier verstanden als juristische Person oder Rechtsgebilde, wie z. B. eine Kapitalgesellschaft, eine Personengesellschaft, ein Trust oder eine Stiftung). Gegebenenfalls werden wir mit der Bitte um weitere/spezifischere Informationen auf Sie zukommen müssen. 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.

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

**Wir versichern, dass die Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit vollständig und zutreffend sind und verpflichten uns, zukünftige Änderungen unverzüglich mitzuteilen.**

■ **Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernden Personen**

Bevor Sie als Antragsteller (Versicherungsnehmer) diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf den letzten Seiten des Dokumentes 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 Schlusserklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie sind mit Ihrer Unterschrift Inhalt dieses Antrages. Dies gilt auch für die zu versichernde Person, sofern sie den Antrag unterzeichnet (siehe Erläuterungen im Abschnitt „Unterschrift der zu versichernden Person“).

Beachten Sie bitte den „Wichtigen Hinweis bei Abschluss des Tarifs FRH mit Wartezeit sowie bei Abschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Beitragsbefreiung nach Tarif BU mit Wartezeit ohne Gesundheitsfragen“ unter dem Abschnitt „Erklärungen und Hinweise“, wenn Sie einen solchen Tarif beantragt haben.

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

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

■ **Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen**

**Wichtig!**

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

Diese umfassen:

- Antragsformular
- Information gemäß § 7 VVG
- Steuerliche Informationen
- Persönlicher Vorschlag/Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung
- Versicherungsbedingungen
- Datenschutzhinweise

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer) mit Firmenstempel

■ **Beitragszahlung**

Abweichend von § 33 Abs. 1 VVG in Verbindung mit § 152 Abs. 3 VVG ist der erste Versicherungsbeitrag bereits unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

5) Gilt nur für Rückdeckungsversicherung

**Zahlung des Einmalbeitrages**

mittels SEPA-Lastschriftmandat (siehe unten)

Wiederanlage<sup>5)</sup> aus ablaufender Versicherung Nr. \_\_\_\_\_ oder \_\_\_\_\_

■ **Rentenzahlung<sup>5)</sup> bei sofort beginnender Rente**

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

**SEPA-Lastschriftmandat**

Wir ermächtigen die Württembergische Versicherung AG, Zahlungen von unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Württembergische Versicherung AG von unserem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Wir wissen, dass durch diese Rückerstattung unser Versicherungsschutz gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehmen wir den Versicherungsbedingungen unseres Vertrages.

Der Versicherer wird spätestens 5 Tage vor Einreichung der ersten Lastschrift und bei Änderungen über den Lastschriftbetrag und Belastungstag informieren. Wir verpflichten uns, dem Versicherer stets unsere aktuellen Adressdaten mitzuteilen.

Der Versicherer wird sie an die Württembergische Versicherung AG weiterleiten.

**Württembergische Versicherung AG, 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG und der Württembergische Krankenversicherung AG.

**Kontoinhaber ist der Antragsteller (Versicherungsnehmer).**

**Angabe zum Konto**  
 Kreditinstitut (Name) \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

**IBAN**  
 LKZ Prüfz. \_\_\_\_\_ zusätzlich Auslands-IBAN \_\_\_\_\_

Wir erteilen mit unseren Angaben zum SEPA-Lastschriftmandat die obige Ermächtigung zugunsten der Württembergische Versicherung AG sowie die Anweisung an unser Kreditinstitut.

Hiermit willigen wir ein, dass der uns benannte erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages/der Versicherungsverträge fällig wird.

**Ihr Widerrufsrecht**

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

**Zielmarkt**

Der Zielmarkt wird seitens des Versicherungsunternehmens bestimmt und definiert die Kundengruppe, für die das jeweilige Produkt geeignet ist. (durch Vermittler zu beantworten/ auszufüllen)

**Der Verkauf erfolgt innerhalb des Zielmarktes:**  ja  nein  
 Falls nein: Warum erfolgt der Verkauf nicht innerhalb des Zielmarktes?  
 \_\_\_\_\_

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

Ort	Datum
Unterschrift des <u>Antragstellers</u> (Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber) mit Firmenstempel	
Unterschrift der zu <u>versichernden Person</u> (bei Direktversicherung siehe Erläuterungen am Ende des Dokuments)	
Unterschrift der <u>mitzuversichernden Person</u> (erforderlich bei Tarif W)	
Unterschrift des <u>Vermittlers</u> (bei Rückdeckungsversicherung bestätige ich die Angaben zum Geldwäschegesetz)	

VNR 0 5 - -	Aktion-Kennzeichen	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.

## Allgemeine Erläuterungen

### Steuerliche Ansässigkeit

**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 zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher (bei Tarifen SP und SB)

Wird die versicherte Person nach Vertragsabschluss vom Nichtraucher zum Raucher, verpflichtet sie sich, diese Gefährdung 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, SP, SB 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 Tod der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre bei Tarif FRH beschränkt sich die Leistung im Todesfall auf das vorhandene Gesamt-Guthaben. 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 bestehenden Verträgen im W&W Konzern bei Abschluss eines Tarifs „bekannte Gesundheitsfragen“

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

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

### Bei Beantragung einer Direktversicherung gilt Folgendes:

#### Unterschrift der zu versichernden Person

Für die Direktversicherung ist nach § 150 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zur Wirksamkeit des Vertrages die schriftliche Einwilligung der zu versichernden Person nicht erforderlich. Bei der Beantragung folgender Tarife ist die Unterschrift der zu versichernden Person erforderlich:

- KlassikClever-Tarife (Tarife ARC, ARCE, ARCG und ARCGE) bei Einschluss einer Todesfall-Zusatzversicherung mit konstanter Todesfall-Leistung nach Tarif SZ, sofern die Bedingungen für den Verzicht auf die Beantragung der Gesundheitsfragen nicht erfüllt sind. Bei Einschluss der Tarife BU oder BUR ist die Unterschrift erforderlich.
- IndexClever-Tarife (Tarife IR und IRE) bei Einschluss der Tarife BU oder BUR ist die Unterschrift erforderlich.
- Genius-Tarife (Tarife FRH und FRHE) mit Einschluss einer garantierten Mindest-Todesfall-Leistung, sofern die Bedingungen für den Verzicht auf die Beantragung der Gesundheitsfragen nicht erfüllt sind. Bei Einschluss der Tarife BU oder BUR ist die Unterschrift erforderlich.
- Berufsunfähigkeitsversicherung (Tarif BURV)

Für die Rückdeckungsversicherung ist die Unterschrift der zu versichernden Person immer erforderlich.

### Ausscheiden der versicherten Person und Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft

Eine Übertragung der Versicherungsnehmer-Eigenschaft kann nur auf eine versicherte Person erfolgen, die ihren Lebensmittelpunkt in einem Land hat, für welches die Württembergische Lebensversicherung AG eine Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb innehat. Ansonsten ist aus aufsichtsrechtlichen Gründen ein Versicherungsnehmer-Wechsel auf die versicherte Person nicht möglich. Der Arbeitgeber bleibt hier auch bei Durchführung des versicherungsvertraglichen Verfahrens Versicherungsnehmer. Dies gilt auch bei Ausscheiden im Versorgungsfall.

### Förderform

Beiträge des Arbeitgebers aus dem ersten Dienstverhältnis erfolgen wie folgt jährlich steuerfrei:

- arbeitgeberfinanzierte Beiträge im Rahmen der Fördergrenzen nach § 100 Einkommensteuergesetz (EStG) und

- darüber hinaus Beiträge bis zu 8 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) nach § 3 Nr. 63 EStG. Dieser Betrag vermindert sich um die aufgewendeten pauschalversteuerten Beiträge nach § 40b EStG in der am 31.12.2004 geltenden Fassung. Dieser steuerfreie Höchstbetrag wird zunächst durch arbeitgeberfinanzierte Beiträge ausgefüllt. Sofern der Höchstbetrag dadurch nicht ausgeschöpft ist, sind die Finanzierungsanteile des Arbeitnehmers zu berücksichtigen.

### Arbeitgeber-Zuschuss

Der Arbeitgeber-Zuschuss ist Teil des Beitrages aus Entgeltumwandlung. Ein Arbeitgeber-Zuschuss liegt vor, wenn der Arbeitgeber einen von der Entgeltumwandlung abhängigen Zuschuss leistet und für diesen ein unwiderrufliches Bezugsrecht ab Beginn einräumt. Er enthält den gesetzlichen oder gegebenenfalls den tarifvertraglichen Zuschuss.

### Mischfinanzierung

Eine Mischfinanzierung liegt vor, wenn neben dem Beitrag aus Entgeltumwandlung ein arbeitgeberfinanzierter Beitrag geleistet wird. Es kann ein unwiderrufliches Bezugsrecht ab gesetzlicher Unverfallbarkeit oder ab Beginn eingeräumt werden. Es wird nur ein Versicherungsvertrag mit beiden Finanzierungsarten ausgefertigt. Für den beherrschenden Gesellschafter-Geschäftsführer ist die Mischfinanzierung nicht möglich.

Bei der **Berufsunfähigkeits-Direktversicherung** gelten bei einer Mischfinanzierung die Regelungen der Entgeltumwandlung. Der Arbeitnehmer erhält ab Beginn der Versicherung ein unwiderrufliches Bezugsrecht auf die Leistungen, auch für den arbeitgeberfinanzierten Teil.

### Hinterbliebene bei einer Direktversicherung

Hinterbliebene im Sinne der Versicherungsbedingungen sind:

- der überlebende Ehegatte, mit dem die versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes verheiratet war,
- bzw. der überlebende eingetragene Lebenspartner, mit dem diese zum Zeitpunkt ihres Todes in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebte,
- bzw. der überlebende Lebensgefährte der versicherten Person, mit dem diese zum Zeitpunkt ihres Todes in einer häuslichen Gemeinschaft gelebt hat, und den diese dem Versicherer vor Eintritt des Versicherungsfalles namentlich mit Anschrift und Geburtsdatum genannt hat,
- überlebende Kinder im Sinne des § 32 Abs. 3, 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 und Abs. 5 EStG.

Sind solche Hinterbliebene nicht vorhanden, so wird eine ggf. fällige Todesfall-Leistung auf höchstens 8.000 EUR einmalig pro versicherte Person begrenzt. Kapitaleistungen aus der Hauptversicherung für den Todesfall der versicherten Person werden grundsätzlich in eine Rente umgerechnet und als solche nur an Hinterbliebene gemäß Versicherungsbedingungen erbracht. Die Hinterbliebenen haben die Möglichkeit, anstelle dieser Rente eine Einmalkapitalauszahlung zu wählen. Evtl. Kapitaleistungen aus einer Berufsunfähigkeits-Direktversicherung werden stets als Einmalkapitalauszahlung an die vorgenannten Hinterbliebenen gezahlt.

### Bevollmächtigung des Arbeitnehmers zur Entscheidung über die Indexbeteiligung (nur bei Tarifen IR und IRE)

Dem Versicherungsnehmer steht das Wahlrecht über die jährliche Indexbeteiligung zu. Im Fall der Entgeltumwandlung empfehlen wir, die Entscheidung mit dem Arbeitnehmer abzustimmen. Der Versicherungsnehmer kann den Arbeitnehmer auch bevollmächtigen, diese Entscheidung selbst vorzunehmen. Dies kann bereits mit der Antragstellung oder zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen; die Bevollmächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

## 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
- Arbeitgeber als Versicherungsnehmer  
Übertragene Aufgaben  
Datenaustausch zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung bei Versicherungsver-

trägen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung sowie zur Information des Versorgten über das Altersvorsorgesystem und die daraus resultierenden Versicherungsleistungen

- Unterstützungskassen

### Übertragene Aufgaben

Datenaustausch zur Vertrags- und Leistungsabwicklung mit der von Ihnen über Ihren Arbeitgeber gewählten Unterstützungskasse

- Pensions-Sicherungs-Verein (PSVaG)

### Übertragene Aufgaben

Datenaustausch im Falle einer Unternehmensinsolvenz bei Versicherungsverträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung

## Tarifbezeichnungen

(Erläuterungen siehe **Versicherungsbedingungen**)

### Klassische Rentenversicherungen

#### Rentenversicherungen mit aufgeschobener Rentenzahlung

- Tarif ARC, ARCE, ARCG, ARCGE (Klassik-Clever)
- Tarif APRE (Parkkonto)
- Tarif IR, IRE (IndexClever)

### Sofort beginnende Rentenversicherung

- Tarif SR

### Fondsgebundene Rentenversicherung

#### Fondsgebundene Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung

- Tarif FRH, FRHE (Genius, inklusive Produktvariante ProZukunft)

### Risikolebensversicherungen

#### Risikolebensversicherungen auf den Todesfall

- Tarif SP (Risikolebensversicherung Premium)
- Tarif SB (Risikolebensversicherung Kompakt)

### Berufsunfähigkeitsversicherungen

#### Berufsunfähigkeitsversicherung

- Tarif BURV

### Zusatzversicherungen

#### Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- Tarif BU und BUR

#### Todesfall-Zusatzversicherung

- Tarif SZ

#### Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

- Tarif W

## Anpassungsvereinbarung

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Bei Direktversicherungen mit gewünschter Anpassung (siehe oben die Rubrik „Anpassungsvereinbarung“) erfolgt die Anpassung zur ersten Beitragsfälligkeit im Kalenderjahr (außer Berufsunfähigkeits-Direktversicherung nach Tarif BURV).

Die Erhöhung des Beitrages erfolgt im Rahmen des § 3 Nr. 63 EStG wie folgt: Bei Verträgen mit einer Beitragszahlung innerhalb von 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen Rentenversicherung erfolgt die Erhöhung des Beitrages maximal bis zu diesem Betrag. Bei Verträgen mit einer Beitragszahlung über 4 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) erfolgt die Erhöhung maximal bis zu 8 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der allgemeinen Rentenversicherung, ggf. vermindert um pauschalversteuerte Beiträge.

Bei der Direktversicherung KlassikClever ist im Rahmen von § 100 EStG keine Anpassung möglich. Bei Berufsunfähigkeits-Direktversicherungen nach Tarif BURV und Rückdeckungsversicherungen erfolgt die Anpassung zum Jahrestag des Versicherungsbeginns. Bei Risikolebensversicherungen sind keine Anpassungen möglich.

## Tarifzusätze

Bei Tarifen mit dem Tarifzusatz „K“ handelt es sich um Kollektivtarife, bei dem Tarifzusatz „P“ um Einzeltarife innerhalb von Kollektiv(-Rahmen)verträgen bzw. mit Bonusvereinbarung. Bei der Berufsunfähigkeits (-Zusatz)versicherung gibt der jeweilige Tarifzusatz die Berufsklasse an (z. B. BUR2).

## Informationen zur Nachhaltigkeit

Sie finden auf unserer Internetseite [www.wuerttembergische.de/nachhaltigkeit](http://www.wuerttembergische.de/nachhaltigkeit) Informationen zur Nachhaltigkeit.

## Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz aus Direktversicherung und Rückdeckungsversicherung bei den Tarifen FRH, FRHE, SP, SB 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.

Im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir insgesamt höchstens 200.000 EUR.

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) Höchstbetrag

Wenn mehrere Anträge für dieselbe versicherte Person bei uns gestellt worden sind, gelten die in Absatz 1 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 Antrages 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.
- Das Antragsformular hat die versicherte Person vor ihrem 65. 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).

#### (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.

#### (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 Todesfall-Zusatzversicherung.

Nicht vom vorläufigen Versicherungsschutz umfasst sind die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung.

 **württembergische**

Ihr Fels in der Brandung.

Württembergische Lebensversicherung AG

#### Vorstand:

Jacques Wasserfall (Vorsitzender),  
Zeliha Hanning, Alexander Mayer, Jens Wieland

Aufsichtsratsvorsitzender: Jürgen A. Junker

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart,  
Handelsregister B Nr. 280

Sitz der Gesellschaft: Kornwestheim  
Telefon 0711 662-0

#### Besuchsanschrift:

W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim

Postanschrift: 70801 Kornwestheim

#### Bankverbindung:

HypoVereinsbank (UniCredit Bank GmbH)  
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. Risikoausschlusses) ebenfalls zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

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

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

##### 4. Ausübung unserer Rechte

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

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach 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.