

## Antrag auf Übertragung einer Versorgung aus den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds

Hiermit bitten wir um Übertragung folgender Versorgung<sup>1</sup>:

Individuelle Vertrags-Nr. \_\_\_\_\_

Name der versorgungsberechtigten Person/des Arbeitnehmers:

\_\_\_\_\_  
Name des bisherigen Vertragspartners/Arbeitgebers:

\_\_\_\_\_  
Übertragender Versorgungsträger:

\_\_\_\_\_  
Name des neuen Vertragspartners/Arbeitgebers:

\_\_\_\_\_  
Übernehmender Versorgungsträger: **Württembergische Lebensversicherung AG**

\_\_\_\_\_  
Übertragungsstichtag<sup>2</sup>:

Das zwischen den Versorgungsträgern bestehende Abkommen zur Übertragung zwischen den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds bei Arbeitgeberwechsel hat folgenden für den Vertragspartner und die versorgungsberechtigte Person maßgebenden Inhalt:

1. Die Versorgung wird auf den Versorgungsträger des neuen Arbeitgebers übertragen. Der übertragende und der übernehmende Versorgungsträger stimmen der Übertragung zu, sofern der Antrag **innerhalb von 15 Monaten** nach dem Ausscheiden des Arbeitnehmers aus dem bisherigen Arbeitsverhältnis bei einem der beteiligten Versorgungsträger eingereicht wird.
2. Der übertragende Versorgungsträger überweist an den übernehmenden Versorgungsträger bei Direktversicherungen und Versicherungen in einer Pensionskasse den Rückkaufswert der Versicherung (einschließlich bereits zugeteilter Überschussanteile, Schlussüberschussanteile und Bewertungsreserven wie bei Rückkauf; die Gutschriften aus Bewertungsreserven werden beim übernehmenden Versorgungsträger wie die übertragenen Guthaben aus der Überschussbeteiligung verwendet) und bei Pensionsfonds den Übertragungswert gemäß § 4 Abs. 5 BetrAVG. Er verzichtet dabei auf Abzüge.
3. Soweit die Versorgung mit gleichwertigen Versicherungs-/Versorgungsleistungen weitergeführt werden soll, wird der übernehmende Versorgungsträger diese Versorgung nicht nochmals mit Abschlusskosten belasten. Soweit die Versorgung bei dem übernehmenden Versorgungsträger gleiche biometrische Risiken mit gleichwertigen Versorgungsleistungen wie bei dem übertragenden Versorgungsträger absichert, wird der übernehmende Versorgungsträger die Übertragung der Versorgung nicht von dem Ergebnis einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.
4. Der Versicherungsschutz beim übertragenden Versorgungsträger besteht bedingungsgemäß fort, bis der zu übertragende Wert beim übernehmenden Versorgungsträger eingegangen ist und der Übertragungsstichtag erreicht ist. Ab diesem Zeitpunkt gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen des übernehmenden Versorgungsträgers.
5. Es wird nur ein im Zusammenhang mit der Versorgung gebildetes Kapital übertragen, so dass sich nach der Übertragung die (garantierten) Werte sowie die Zusageart ändern können. Des Weiteren können sich arbeitsrechtliche Konsequenzen (m/n-tel, § 2 Abs. 1 BetrAVG) ergeben, wenn beim bisherigen Arbeitgeber bei der Direktversicherung und der Pensionskasse die versicherungsvertragliche Methode (§ 2 Abs. 2 und 3 BetrAVG) nicht angewandt wurde oder der bisherige Arbeitgeber beim Pensionsfonds die Garantie übernommen hat (ggf. Nachschusspflicht).

1 Mit dem Begriff „Versorgung“ werden hier gleichermaßen eine Direktversicherung, eine Versicherung bei einer Pensionskasse oder eine Versorgung in einem Pensionsfonds bezeichnet.

2 Zeitpunkt, ab dem der neue Arbeitgeber die Beitragszahlung übernimmt.



Nach der Übertragung soll die Versorgung beim übernehmenden Versorgungsträger fortgeführt werden.

- mit den gleichen biometrischen Risiken und dem gleichen Beitrag (d. h. Neuvertrag gemäß Vorvertrag)
- entsprechend der mit dem neuen Arbeitgeber vereinbarten Regelungen der Versorgung
- vorbehaltlich der Annahme des noch zu erstellenden Angebots

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des künftigen  
Vertragspartners/neuen Arbeitgebers

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des bisherigen  
Vertragspartners/alten Arbeitgebers

Dem Arbeitnehmer ist bekannt, dass bei dem übertragenden Versorgungsträger Daten erhoben werden sollen. Der Arbeitnehmer hat das Recht, dagegen Widerspruch einzulegen.

Abfrage von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten beim übertragenden Versorgungsträger zur Risikobeurteilung  
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und die Produktkalkulation kann es seitens des übernehmenden Versorgungsträgers notwendig sein, Informationen zu Risikozuschlägen, Leistungsausschlüssen und/oder -einschränkungen vom übertragenden Versorgungsträger abzufragen. Diese können Informationen über die Gesundheit des Arbeitnehmers enthalten.

Hierfür benötigt der übernehmende Versorgungsträger vom Arbeitnehmer die untenstehende Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für den übertragenden Versorgungsträger, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen an ihn weitergegeben werden müssen.

Der Arbeitnehmer kann dieser Datenerhebung widersprechen. Ohne diese Angaben kann vom übernehmenden Versorgungsträger allerdings keine Risikobeurteilung und Produktkalkulation vorgenommen werden. Alternativ könnten die Angaben vom Arbeitnehmer beim übertragenden Versorgungsträger erfragt und selbst beigebracht werden, was aber zu Verzögerungen führen würde.

**Datenschutzrechtliche Einzelfalleinwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für die Übermittlung von Vertragsinformationen mit Gesundheitsdaten**

Ich willige ein, dass der übernehmende Versorgungsträger – soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist – meine vertragsrelevanten Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten beim übertragenden Versorgungsträger erhebt und für diese Zwecke verwendet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Versorgungsberechtigte Person/Arbeitnehmer

**Bitte die weitere Unterschrift des Arbeitnehmers auf der letzten Seite beachten.**

## **Wichtig für den Arbeitnehmer**

### **Werbeeinwilligung:**

**Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler der Wüstenrot & Württembergische Gruppe sowie die Kooperationspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen verarbeiten und nutzen darf/dürfen.**

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

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

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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 Versicherungsvertrags 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 sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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

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

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

#### **Möglichkeit II:**

- Ich wünsche, dass mich die Württembergische Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Württembergische Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Württembergische Lebensversicherung AG einwillige
  - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

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

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

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

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

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

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

##### **3.1 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Württembergische Lebensversicherung AG**

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 ist am Ende angefügt.

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, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, Telefonnummer 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 Wüstenrot & Württembergische-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

##### **3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen**

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

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

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

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

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

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

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

### **3.4 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**

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

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

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

### **3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

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

## 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
- Karlsruher Lebensversicherung AG
- Württembergische Krankenversicherung AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebsservice GmbH
- Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Immobilien GmbH
- W&W Asset Management GmbH
- W&W Informatik GmbH
- W&W Service GmbH
- W&W Produktion 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
- APM Payroll Services GmbH  
Übertragene Aufgaben: Abrechnung von Lohnsteuer und Sozialversicherungsbeiträgen für Versorgungsbezüge

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 Versicherungsverträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung
- Unterstützungskassen  
Übertragene Aufgaben: Datenaustausch zur Vertrags- und Leistungsabwicklung mit der von Ihnen über Ihren Arbeitgeber gewählten Unterstützungskasse
- Pensions-Sicherungs-Verein (PSV a. G.)  
Übertragene Aufgaben: Datenaustausch im Falle einer Unternehmensinsolvenz bei Versicherungsverträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung

**Hinweis für den Arbeitnehmer:** Sie müssen sich bei der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung noch für Möglichkeit I oder Möglichkeit II entscheiden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Versorgungsberechtigte Person/Arbeitnehmer