

Richtig vorsorgen.

Mit den Produkten der Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG.

**Abschluss einer
Pensionskassenversorgung.**

- **Klassische Rentenversicherung ClassicRente**
- **Klassische Rentenversicherung ClassicRente Extra**
- **Klassische Rentenversicherung ClassicRente IndexClever**
- **Fondsgebundene Rentenversicherung Genius**

Antrag auf Abschluss einer
Pensionskassenversicherung

- Klassische Rentenversicherung
ClassicRente
- Klassische Rentenversicherung
ClassicRente Extra
- Klassische Rentenversicherung
ClassicRente IndexClever
- Fondsgebundene Rentenversicherung
Genius

	Mitwirkung				Anteil Mitw.		Abweichende Abschluss-Agentur				
<input type="checkbox"/> Neukunde/-in Adressänderung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	Kunden-Nr.	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	%	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ
<input type="checkbox"/> 1. Antragsteller (Versicherungsnehmer) 4 = Firma	Firma inklusive Rechtsform										
	Straße, Hausnummer										
	Postleitzahl	Ort									
	Telefon					E-Mail					
	Ansprechpartner						Branche				
<input type="checkbox"/> 2. Zu versichernde Person Firmeneintrittsdatum Tag/Monat/Jahr <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau	Titel, Vorname, Nachname										
	Straße, Hausnummer										
	Postleitzahl	Wohnort									
	Geburtsdatum	Geburtsname			Geburtsort			Staatsangehörigkeit			
	Telefon					E-Mail					
	Derzeitige Tätigkeit						Beruf (Ausbildung)				
<input type="checkbox"/> 3. Mitzuversichernde Person (für Tarif W) <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau	Titel, Vorname, Nachname										Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> 4. Technische Daten <input type="checkbox"/> Tarifdaten laut beigefügtem Vorschlag	Beginn der Versicherung	Tag	Monat	Jahr	Eintrittsalter	Jahre	Beitragszahlungs- Endalter	Jahre	Alter bei vereinbartem Rentenbeginn	Jahre	
<input type="checkbox"/> 5. Beitrag	Zahlungsweise <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> Einmalig (nur bei Tarif PRE, PRXE)										
	Entgeltumwandlung Gesamtbeitrag (Rundungsdifferenz ist möglich)				EUR			Mischfinanzierung bei Pensionskasse (Erläuterungen siehe Seite 12): Es werden zwei Versicherungsverträge ausgefertigt. Für beide Verträge gelten dieselben ausgewählten Tarifmerkmale. Die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung sowie die Anpassungsvereinbarung können je Finanzierungsform individuell eingeschlossen werden.			
	Arbeitgeberfinanzierung Gesamtbeitrag (Rundungsdifferenz ist möglich)				EUR						



6. Anpassungsvereinbarung
(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen und Seite 13)

7. Bezugsrecht
(auch für die im Versicherungsfall auszuzahlende Überschussbeteiligung)

8. Rentenversicherung

Entgeltumwandlung
Tarife (siehe Seite 13)

Arbeitgeberfinanzierung
Tarife (siehe Seite 13)

Kapitalwahlrecht ausgeschlossen

Die jährliche Anpassung des Beitrages erfolgt im selben Verhältnis wie die Steigerung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (West), mindestens jedoch um 5 % des Vorjahresbeitrages.

Entgeltumwandlung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	oder um jährlich _____ %	des Vorjahresbeitrages (möglich sind 5 % bis 10 % bzw. 5 % bei Einschluss von Tarif BU_ oder BUR_).
Arbeitgeberfinanzierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	oder um jährlich _____ %	

<input type="checkbox"/> Entgeltumwandlung Unwiderrufliches Bezugsrecht ab Beginn	<input type="checkbox"/> Arbeitgeberfinanzierung Unwiderrufliches Bezugsrecht ab Unverfallbarkeit oder <input type="checkbox"/> ab Beginn	<input type="checkbox"/> Beherrschender Gesellschafter-Geschäftsführer – Unwiderrufliches Bezugsrecht ab Beginn
---	---	--

Im Erlebensfall: Versicherte Person (Ziffer 2.)

Im Todesfall: Bei Einschluss einer Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung: **mitversicherte Person** (Ziffer 3.)
Sonstige Leistungen im Todesfall aus der Hauptversicherung: Hinterbliebene gemäß Versicherungsbedingungen (siehe Seite 12). Für den Todesfall ist ein widerrufliches Bezugsrecht vereinbart.

Bei der **Benennung eines Lebensgefährten** ist folgende Voraussetzung erfüllt: Der Lebensgefährte lebt mit der versicherten Person in einer häuslichen Gemeinschaft (Anschrift wie in Ziffer 2.). Änderungen werden der Pensionskasse unverzüglich schriftlich mitgeteilt.

Folgende Angaben sind bei der Benennung eines Lebensgefährten immer erforderlich (ggf. identisch wie unter Ziffer 3.):

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

Versicherungszusage wird **nicht** benötigt Entgeltumwandlungsvereinbarung wird **nicht** benötigt

Klassische Rentenversicherung (Tarife PR, PRE, PRX, PRXE, PIR, PIRE)

Garantierte monatliche Altersrente mtl. Mindestrente (bei Tarif PRX, PRXE, PIR, PIRE) (Rundungsdifferenz ist möglich)	Entgeltumwandlung EUR	Arbeitgeberfinanzierung EUR
---	------------------------------	------------------------------------

Garantierte Leistungen im Todesfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Bis zum vereinbarten Rentenbeginn:	Tarif PR, PRE, PRX, PRXE	100 % Beitragsrückgewähr oder Tarif W (nicht bei Tarif PRE, PRX, PRXE)
	Tarif PIR, PIRE	Gesamt-Kapital, bei Tarif PIRE mindestens der Einmalbeitrag

Ab vereinbartem Rentenbeginn	10 Jahre Rentengarantiezeit oder _____ Jahre Rentengarantiezeit
-------------------------------------	--

Hinterbliebenenrente (nur bei Tarif PR)	_____ % der Altersrente	Entgeltumwandlung EUR	Arbeitgeberfinanzierung EUR
	oder <input type="checkbox"/> garantierte monatliche Rente		

Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)

Bis zum vereinbarten Rentenbeginn:	Ansammlungsbonus oder <input type="checkbox"/> Rentenerhöhung (bei Tarif PR, PRE)
	Kapitalbonus (bei Tarif PRX, PRXE)
	Indexbeteiligung (nur für Tarif PIR, PIRE): Index Multi-Asset Strategie (siehe auch unter Ziffer 11. die möglichen besonderen Vereinbarungen)
Ab vereinbartem Rentenbeginn:	Steigende Bonusrente oder <input type="checkbox"/> Rentenerhöhung (bei Tarif PR, PRE)

Fondsgebundene Rentenversicherung (Tarif PG)

Garantierte monatliche Altersrente je 10.000 EUR Rentengarantiekapital; Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen	Entgeltumwandlung EUR	Arbeitgeberfinanzierung EUR
--	------------------------------	------------------------------------

Garantierte Leistungen im Todesfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Vor Beginn der Phase des flexiblen Rentenübergangs: _____ % der Beitragssumme der Hauptversicherung (maximal 100 %)

Ab vereinbartem Rentenbeginn:	10 Jahre Rentengarantiezeit oder _____ Jahre Rentengarantiezeit
--------------------------------------	--

Garantieformen (Bitte nur eine Garantieform wählen, **100 % Beitragsgarantie und Garantieplan** **100 % Beitragsgarantie**
Erläuterungen siehe unten)

100 % Beitragsgarantie: Zum vereinbarten Rentenbeginn stehen mindestens die gezahlten Beiträge der Hauptversicherung für die Bildung einer Rente zur Verfügung.

Garantieplan: Stufenweise, von der Fondsentwicklung abhängige Anhebung des Garantie-Guthabens, siehe auch Versicherungsbedingungen.

Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)

Bis zum vereinbarten Rentenbeginn:	Anlage im Gesamt-Guthaben
Ab vereinbartem Rentenbeginn:	Steigende Bonusrente oder <input type="checkbox"/> Rentenerhöhung

■ **9. Risikobereitschaft und Fondsauswahl**
(nur auszufüllen bei Tarif PG)

Welcher Anlegertyp entspricht Ihrer Risikobereitschaft in den freien Fonds?
Der Anlegertyp ist auch auszuwählen, wenn eine individuelle Fondsauswahl gewünscht wird. Bitte wählen Sie nur einen Anlegertyp aus.

Risikobereitschaft: Bei Entgeltumwandlung für Arbeitnehmer, bei Arbeitgeberfinanzierung für Arbeitgeber und bei Mischfinanzierung ist die einheitliche Risikobereitschaft des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers anzugeben. Die zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer vereinbarte Anlagestrategie/Fondsauswahl gilt für beide Verträge.

Anlegertyp Anlagestrategie	<input type="checkbox"/> sicherheitsorientiert Bitte Fonds immer individuell auswählen.	<input type="checkbox"/> ertragsorientiert 50% W&W Euroland-Renditefonds 50% W&W Internationaler Rentenfonds	<input type="checkbox"/> gewinnorientiert mit Vermögensverwaltung 100% W&W Vermögensverwaltende Strategie	<input type="checkbox"/> gewinnorientiert 40% W&W Europa-Fonds 40% W&W Global-Fonds 20% W&W Quality Select Aktien Welt	<input type="checkbox"/> risikoorientiert 40% W&W Quality Select Aktien Welt 40% W&W Quality Select Aktien Europa 20% W&W Global Fonds
Risiko-/Rendite-Indikator	1	1/2/3/4	1/2/3/4/5/6		1/2/3/4/5/6/7

Nur ausfüllen, falls eine individuelle Anlagestrategie gewünscht ist

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

Individuelle Anlagestrategie

Ich möchte passend zu meinem Anlegertyp eine individuelle Fondsauswahl vornehmen und wähle bis zu 5 Fonds:

	Risiko-/Rendite-Indikator	Aufteilung (Summe 100 %)
		%
		%
		%
		%
		%

■ **10. Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**
(Tarife siehe Seite 13)

Versicherungs- endalter (BU_)	Jahre	Versicherungsendalter (BUR_)	Jahre	Leistungsendalter ¹⁾ (BUR_)	Jahre
Entgeltumwandlung		<input type="checkbox"/> BU ____ ²⁾ <input type="checkbox"/> BUR ____ ²⁾		Garantierte monatliche BU-Rente (Tarif BUR_)	
Arbeitgeberfinanzierung		<input type="checkbox"/> BU ____ ²⁾ <input type="checkbox"/> BUR ____ ²⁾		EUR Bei Tarif PG: Gesamtbeitrag bleibt nach Ablauf der BU_/BUR_ konstant (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen). <input type="checkbox"/> Konstanter Gesamtbeitrag nicht gewünscht	

¹⁾ Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt.
²⁾ Hier Tarifzusatz eintragen (1+, 1, 2+, 2, 3, 4)

■ **11. Besondere Vereinbarungen/Hinweise**

Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

Besondere Vereinbarungen für IndexClever (Tarif PIR und PIRE)

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 Seite 12).

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.

■ 12. 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

- den Tarifen PR, PRE, PRX, PRXE, PIR, PIRE ohne Hinterbliebenenrente nach Tarif W und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen [siehe „14. Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen“]).
- Genius-Tarif PG ohne garantierte Mindest-Todesfall-Leistung und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen [siehe "Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen"])
- Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Beitragsbefreiung (Tarif BU_), wenn der Gesamtbeitrag des Vertrages (siehe Ziffer 5.) jährlich 8 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht übersteigt, keine weiteren Zusatzversicherungen eingeschlossen werden und für die Hauptversicherung keine Beantwortung der Gesundheitsfragen erforderlich ist. Anrechnung ggf. bereits bestehender aAV-Verträge nach Tarif BU_ ohne 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 Tarif PG:
 - 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 „14. Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen“)

mit Wartezeit

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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Hinweise „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ (siehe Seite 11).

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 von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz bekommen. Nachfolgend nennen wir Ihnen zu jedem Fragenbereich Beispiele (in Klammern aufgeführt), die Ihnen Ihre Antworten 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

1. 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 6 Dioptrien, weitere Sinnesorgane, Amputationen, Versteifungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenschäden, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4	Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben! <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau			

2. Fragen zu besonderen Gefahren und Auslandsaufenthalten

		Nein	Ja	Wenn ja, bitte entsprechenden Zusatzfragebogen ausfüllen
2.1	Sind Sie durch Beruf, Sport oder Hobby besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. sämtliche Formen von energiereichen Strahlen, Sprengstoffen, Chemikalien, Tauchen, Reiten, Bergsteigen, Klettern, Expeditionen, Fallschirmspringen, Wettbewerben, Wettfahrten, Wettkämpfen, Privat- oder Sportflügen, Drachen- bzw. Gleitschirmflügen, Kampfsportarten, Extremsportarten? Ggf. welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als drei Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? Veranlassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■ 12. Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

3. 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	Sind Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, Klinikum, einer Rehabilitations- oder Kureinrichtung untersucht, beraten oder behandelt worden? Oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate aus ärztlicher Sicht erforderlich oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3	Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren				
4.	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung wegen Krankheiten, Organveränderungen oder Beschwerden...	Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
4.1	... des Herzens, des Kreislaufes oder der Gefäße (z. B. Bluthochdruck, Herz- oder Herzklappenfehler [auch angeborene], Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2	... an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemnot, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Lungenemphysem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3	... an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4	... an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Steinleiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5	... des Stoffwechsels oder der Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung [z. B. Cholesterin], Gicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6	... der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7	... durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8	... der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Essstörung, ADHS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.9	... des Gehirnes oder Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Migräne oder Kopfschmerzen, Demenz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.10	... der Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Hexenschuss, Muskelverspannungen, Bandscheibenvorfall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.11	... der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, Muskeln (z. B. vorzeitige Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.12	... der Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.13	... der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.14	... der Ohren (z. B. Ohrensausen [Tinnitus], vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.15	Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung wegen ein und derselben Erkrankung, die nicht unter 4.1 bis 4.14 fällt, häufiger als zweimal in Behandlung, Beratung oder Kontrolle (z. B. bei Ärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten. Nicht anzugeben sind grippale Infekte sowie Zahnbehandlungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.16	Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter 4.1 bis 4.14 genannten Bereiche? (Bitte auch Beschwerden angeben, wegen derer Sie weder beraten, untersucht oder behandelt wurden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

5. Weitere Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
5.1	Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3	Bezogen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre bzw. beziehen oder beantragen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen oder haben Sie die Feststellung einer Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder Schwerbehinderung (GdB) bewirkt, beantragt, bzw. ist ein derartiger Antrag in den nächsten 3 Monaten vorgesehen? Bitte Rentenbescheid, Feststellungsbescheid oder Antrag beifügen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.4	Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6. Frage zu eingenommenen Medikamenten in den letzten 2 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, Name der Medikamente, wann und wie oft eingenommen
	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre wegen der unter den Nr. 1.2, 3.2 und 3.3 sowie 4.1 – 5.4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente? Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente der letzten 2 Jahre an, sofern Sie diese mehr als 2-mal wöchentlich nehmen oder nahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. Zusätzliche Angaben zum Beruf und zur Versorgungssituation (bei einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)				
		Nein	Ja	Wenn ja, ergänzende Angaben
7.1	Haben Sie in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2	Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit sonstige Leistungen zu erwarten (wenn ja, in welcher Höhe?) aus: <input type="checkbox"/> betrieblicher Altersversorgung, <input type="checkbox"/> Beamtenversorgung, <input type="checkbox"/> berufsständischen Versorgungswerken, <input type="checkbox"/> Zusatzversorgung, <input type="checkbox"/> sonstigen Absicherungen (z. B. alternative Invaliditätsabsicherungen)? (nähere Angaben erforderlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3	Besteht für Sie schon eine Versicherung für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder ist eine solche beantragt? Wenn ja: Wann? Bei welchem Versicherer? In welcher Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Folgen noch weitere Angaben?	
<input type="checkbox"/>	weitere Angaben/Unterlagen sind in einem verschlossenen Umschlag beigefügt
<input type="checkbox"/>	zu folgenden Fragen (bitte Nr. angeben) _____ reiche ich unmittelbar und unverzüglich an die Pensionskasse weitere Angaben nach (Kontaktdaten siehe am Ende des Dokumentes)

13. Frage zum Nettoeinkommen der zu versichernden Person

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

14. Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen

<input type="checkbox"/>	Es wird Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen beantragt. Nur möglich unter folgenden Voraussetzungen: – Der Jahresbeitrag darf 8 % der Beitragsbemessungsgrenze (West) in der gesetzlichen Rentenversicherung nicht übersteigen. – Keine weiteren Zusatzversicherungen. – Keine der nebenstehenden Fragen kann mit „ja“ beantwortet werden. Es gilt eine Wartezeit von drei Jahren als vereinbart (siehe Erklärungen und Hinweise).	Fragen an die zu versichernde Person: a) Betreiben Sie eines der folgenden Hobbys: Flugsport aller Art, Motorsport (nur anzugeben bei Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit), Bergsteigen über 5.000 m Höhe, Felsklettern ab Schwierigkeitsgrad 7, Eisklettern, Freeclimbing, Tauchen über 40 m Tiefe, Alleintauchgänge, Höhlentauchen, Boxsport oder andere Extremsportarten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein b) Erhalten oder erhielten Sie eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden oder haben Sie eine solche beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein c) Besitzen Sie einen Ausweis nach Schwerbehindertenrecht oder haben Sie einen solchen beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein d) Besteht eine amtlich anerkannte Behinderung (z. B. GdB, MdE) oder ist eine solche Anerkennung beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--------------------------	---	--

15. Fragen zur Tätigkeit der zu versichernden Person (nur bei Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)

1.	Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):
2.	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?	<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

■ **16. 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft oder IT-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG

Ich willige ein, dass die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Ziffer 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Allgemeinen Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 auf der Seite 12 angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/dienstleister bei Eingabe des Produktcodes „PK02281“ eingesehen oder angefordert werden bei Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, Telefon: 0711/662-0, E-Mail: kundenservice@wuerttembergische.de.

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

Ich willige ein, dass die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Wüstenrot & Württembergischen-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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherer fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

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

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

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

Ich willige ein, dass die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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.

■ **17. Datenweitergabe an den Arbeitgeber**

Die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG gibt grundsätzlich keine Gesundheitsdaten der zu versichernden Person bzw. der ggf. mitzuversichernden Person an den Arbeitgeber, den Versicherungsnehmer der beantragten Pensionskassenversorgung 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG ihre Gesundheitsdaten in diesen Fällen dem Arbeitgeber übermitteln darf.**

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

Bevor Sie als Antragsteller (Versicherungsnehmer) diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Seiten 11 bis 13 den Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, 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 Antrags. 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 PG mit Wartezeit sowie bei Einschluss 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 Antrags 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**



Folgende Unterlagen habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:

- Antragsformular
- Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung³⁾
- Steuerliche Informationen³⁾
- Beratungsprotokoll
- Informationen gemäß § 7 VVG³⁾
- Datenschutzhinweise³⁾
- Versicherungsbedingungen³⁾

³⁾ Bei Mischfinanzierung wurde pro Vertrag jeweils ein Exemplar ausgehändigt

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

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

Ort, Datum	Unterschrift des <u>Antragstellers</u> (Versicherungsnehmer) mit Firmenstempel
------------	--

■ **Beitragszahlung**

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

■ **SEPA-Lastschriftmandat**

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 der Versicherungsschutz gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehmen wir den Versicherungsbedingungen unseres Vertrages.

Die Pensionskasse 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.

Die Pensionskasse wird sie an die Württembergische Versicherung AG weiterleiten.

Württembergische Versicherung AG, 70163 Stuttgart
Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ0000052734
 Das Lastschriftmandat mit diesem Konto soll verwendet werden
 für diesen Vertrag.
 für alle meine bestehenden Versicherungsverträge bei der Württembergische Versicherung AG, der Württembergische Lebensversicherung AG, der Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, der Württembergische Krankenversicherung AG und der Karlsruher Lebensversicherung AG.

Kontoinhaber ist der Antragsteller (Versicherungsnehmer).

Angaben 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 können Ihre Vertragserklärung widerrufen. Wie und unter welchen Voraussetzungen dies möglich ist, entnehmen Sie bitte Punkt 13. „Widerrufsrecht“ der „Informationen gemäß § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)“, die Sie ebenfalls erhalten.

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

Ort, Datum	
Unterschrift des <u>Antragstellers</u> (Versicherungsnehmer und Kontoinhaber) mit Firmenstempel	Unterschrift der <u>zu versichernden Person</u> (siehe Erläuterungen auf Seite 12)
Unterschrift der <u>mitzuversichernden Person</u> (erforderlich bei Einschluss Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung)	Unterschrift des <u>Vermittlers</u>

VNR für Entgeltumwandlung	VNR für Arbeitgeberfinanzierung	Aktion-KZ	Sto.-Res.	Wettbew.
0 5 – 8	0 5 – 8			
Kollektivnummer	Verwaltungsgruppennummer	Kollektivvereinbarungsnummer		
0 1 –	0 1 –			

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 erfragt 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 Rücktrittes 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 Rückkaufwertes.

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 weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 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 Rücktrittes, 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.

Erklärungen und Hinweise

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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

Begrenzung der Beitragshöhe/Erhöhungen

Sowohl die Beiträge als auch ggf. sämtliche Beitragserhöhungen – außer bei Entgeltumwandlung im Rahmen der Höchstbeiträge des § 3 Nr. 63 EStG – sind dadurch begrenzt, dass die versicherte Rente zusammen mit Leistungen aus der gesetzlichen Altersversorgung voraussichtlich wegfallendes Einkommen nicht übersteigt.

Wichtige Hinweise

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

Vorläufiger Versicherungsschutz bei Tarif PG

Aufgrund des gestellten Antrags besteht Versicherungsschutz entsprechend den »Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz« auf diesem Antragsformular. Bei Wahl des Tarifs PG mit **Wartezeit** entfällt der vorläufige Versicherungsschutz.

Information zur Beurteilung des wirtschaftlichen Interesses/Klärung von widersprüchlichen Angaben

Die Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG beauftragt die Firmen Info Partner KG, Bahnhofplatz 18, 82110 Germering, und Creditreform, Kriegsstr. 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 drei Jahre bei Tarif PG beschränkt sich die Leistung im Todesfall auf das vorhandene Gesamtguthaben. Bei Vereinbarung von Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen wird bei Berufsunfähigkeit der zu versichernden Person innerhalb der ersten drei Jahre keine Leistung fällig. Ausnahmen und weitere Details: siehe Versicherungsbedingungen.

Wichtiger Hinweis bei Abschluss des Tarifs PG mit Wartezeit sowie bei Einschluss einer Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Beitragsbefreiung nach Tarif BU_ mit Wartezeit ohne Gesundheitsfragen

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

Unterschrift der zu versichernden Person

Für die Pensionskassenversorgung 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:

- Genius-Tarif (Tarif PG) mit Einschluss einer garantierten Mindest-Todesfall-Leistung, sofern die Bedingungen für den Verzicht auf die Beantragung der Gesundheitsfragen nicht erfüllt sind (siehe unter Ziffer 12.). Bei Einschluss der Tarife BU_ oder BUR_ ist die Unterschrift erforderlich.
- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Tarife BU_ und BUR_)
- Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (Tarif W)

Förderform

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

- arbeitgeberfinanzierte Beiträge von 240 EUR bis zu 480 EUR jährlich nach § 100 Einkommensteuergesetz (EStG) und
- darüber hinaus Beiträge bis zu 8 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) jährlich 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.

Mischfinanzierung

Eine Mischfinanzierung liegt vor, wenn neben dem Beitrag aus Entgeltumwandlung ein arbeitgeberfinanzierter Beitrag geleistet wird, der höher als die Sozialversicherungersparnis aus der Entgeltumwandlung ist.

Arbeitgeber-Zuschuss

Ein Arbeitgeber-Zuschuss liegt vor, wenn der Arbeitgeber einen Beitrag bis zur Höhe der Sozialversicherungersparnis aus der Entgeltumwandlung leistet. Für den Arbeitgeber-Zuschuss wird ein unwiderrufliches Bezugsrecht ab Beginn eingeräumt.

Hinterbliebene

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 die versicherte Person 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.

Kapitalleistungen 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.

Bevollmächtigung des Arbeitnehmers zur Entscheidung über die Indexbeteiligung (nur bei Tarif PIR und PIRE)

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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG

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

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Württembergische Lebensversicherung AG
- Karlsruher Lebensversicherung AG
- Württembergische Krankenversicherung AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebspartner 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
- 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse 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 Versicherungsfalles

- 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

Tarifbezeichnungen (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Klassische Rentenversicherungen

Rentenversicherungen mit aufgeschobener Rentenzahlung

- Tarif PR, PRE (ClassicRente)
- Tarif PRX, PRXE (ClassicRente Extra)
- Tarif PIR, PIRE (ClassicRente IndexClever)

Fondsgebundene Rentenversicherungen

Fondsgebundene Rentenversicherungen mit aufgeschobener Rentenzahlung

- Tarif PG (Genius)

Zusatzversicherungen

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- Tarife BU_ und BUR_

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung

- Tarif W

Anpassungsvereinbarung

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Anpassung (siehe Ziffer 6.) erfolgt zur ersten Beitragsfälligkeit im Kalenderjahr. 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.

Tarifzusätze

Bei dem Tarifzusatz „K_“ am Ende der Tarifbezeichnung handelt es sich um Kollektivtarife, bei dem Tarifzusatz „P“ um Einzeltarife innerhalb von Kollektiv(-Rahmen)verträgen bzw. mit Bonusvereinbarung.

Bei der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gibt der jeweilige Tarifzusatz die Berufsklasse an (z. B. BUR2).

Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei Tarif PG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten garantierten Leistungen nach den oben genannten Tarifen.
(2) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir höchstens 100.000 EUR, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist jeweils, dass

- a) kein Tarif mit Wartezeit vereinbart wurde*;
- b) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antragsformulars liegt;
- c) der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- d) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- e) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns gebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;
- f) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antragsformulars das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 7. Lebensjahres, so ist unsere Leistungspflicht entsprechend den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) auf einen Betrag in Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten beschränkt.

* Bei einem Tarif mit Wartezeit besteht auch dann kein vorläufiger Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls stirbt.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

- (1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antragsformular unterzeichnet bei uns eingeht.
- (2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der Versicherung begonnen hat;
 - b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
 - c) Sie Ihren Antrag angefochten oder bereits vor oder gleichzeitig mit dem Eingang bei uns zurückgenommen haben;
 - d) der Einzug des Einlösungsbeitrages nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist;
 - e) wir diesen Vertrag gekündigt haben, der vorläufige Versicherungsschutz endet dann vier Wochen nach Zugang der Kündigungserklärung;
 - f) Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder nach § 5 Abs. 1 und 2 VVG einen Widerspruch erklären.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Bei Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- (2) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen entfällt unsere Leistungspflicht.
- (3) Bei Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen entfällt unsere Leistungspflicht, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Absatz 2 bleibt unberührt.
- (4) Der Versicherungsfall beruht auf Umständen, nach denen wir im Antrag gefragt haben und von denen Sie oder die versicherte Person vor Unterzeichnung des Antrags Kenntnis hatten, auch wenn diese Umstände im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht, wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der medizinischen Risiko-Bewertung einer Annahme des gestellten Antrages nicht entgegenstünden hätten.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag, erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für die Zeit vom Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes bis zum Ende des Monats, in dem der Versicherungsfall eintritt. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme gemäß § 1 Abs. 2. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- (1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- (2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.



Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG

Vorstand:
Stephan Baum, Dr. Margret Obladen,
Dr. Manfred Pumbo

Aufsichtsratsvorsitzender: Norbert Heinen

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart,
Handelsregister B Nr. 23366

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart
Telefon 0711 662-0

Besuchsanschrift:
Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West

Postanschrift: 70163 Stuttgart

Bankverbindung:
Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank, Ludwigsburg
IBAN: DE08 6042 0000 9601 1345 83
BIC: WBAGDE61

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