



Antrag.

Württembergische Krankenversicherung AG.

Abschluss/Änderung einer Krankenzusatzversicherung.

 württembergische

Ihr Fels in der Brandung.

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

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

Beratungsprotokoll							
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Gesprächsteilnehmer <input type="checkbox"/> Vermittler/beratende Person <input type="checkbox"/> Kundensituation <input type="checkbox"/> Grund für das Gespräch/ Beratungswunsch <input type="checkbox"/> Erfassung der Risikodaten durch <input type="checkbox"/> Empfehlung und Begründung des Vermittlers <input type="checkbox"/> Gründe für die abweichende Kundenentscheidung <input type="checkbox"/> Besondere Hinweise 	<p>Württembergische Krankenversicherung AG</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="3">Titel, Vorname, Zuname</td> <td>Gsch.-St.-Nr.</td> <td>Agentur-Nr.</td> <td>PZ</td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/verpartnert Anzahl Kinder _____ Alter der Kinder _____ <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig Jahresbruttoeinkommen EUR _____ Jahresnettoeinkommen EUR _____ </p> <p>Ich möchte...</p> <p> <input type="checkbox"/> mein Einkommen bei längerer Krankheit absichern <input type="checkbox"/> den Versicherungsschutz meiner Kinder verbessern <input type="checkbox"/> für den Pflegefall vorsorgen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz optimieren und meine Zuzahlungen begrenzen <input type="checkbox"/> im ambulanten Bereich <input type="checkbox"/> im stationären Bereich <input type="checkbox"/> im zahnärztlichen Bereich </p> <p>Außerdem möchte ich ...</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> Antrag <input type="checkbox"/> Gesundheitsfragebogen/Selbstauskunft </p> <p> <input type="checkbox"/> Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der erhobenen Risikodaten, des Versicherungsangebots, der Annahmerichtlinien sowie ggf. für Tarife der betrieblichen Krankenversicherung dem mit dem Vertriebspartner vereinbarten, zugrundeliegenden Kollektivvertrag. Der Umfang der gewünschten Versicherung wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen und der Leistungsvarianten – erläutert. Der aufgenommene Antrag entspricht dem Kundenwunsch und der Empfehlung des Vermittlers und deckt den ermittelten Versicherungsbedarf angemessen ab. </p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> Der gewünschte Versicherungsschutz weicht von der Empfehlung des Vermittlers ab. </p> <p>_____</p> <p> <input type="checkbox"/> Auf mögliche Altersumschreibungen wurde hingewiesen (in der Regel Beitragssprung zu Beginn des Kalenderjahrs). </p>	Titel, Vorname, Zuname			Gsch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ
Titel, Vorname, Zuname			Gsch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ		

Antrag

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antragsteller (Versicherungsnehmer) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Änderungsantrag <input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Mitarbeiter im W&W-Konzern 	<table border="1"> <tr><td colspan="4">Titel, Vorname, Zuname</td></tr> <tr><td colspan="4">Straße, Hausnummer</td></tr> <tr><td>Postleitzahl</td><td colspan="3">Wohnort</td></tr> <tr><td>Geburtsdatum</td><td>Geburtsname</td><td>Geburtsort</td><td>Staatsangehörigkeit</td></tr> <tr><td colspan="3">E-Mail</td><td>Telefon</td></tr> </table>	Titel, Vorname, Zuname				Straße, Hausnummer				Postleitzahl	Wohnort			Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	E-Mail			Telefon
Titel, Vorname, Zuname																					
Straße, Hausnummer																					
Postleitzahl	Wohnort																				
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit																		
E-Mail			Telefon																		
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zu versichernde Personen – zusätzlich Familiennamen angeben, wenn nicht wie Antragsteller – <input type="checkbox"/> Person 1 <input type="checkbox"/> VP = VN Versicherungsbeginn 	<table border="1"> <tr><td colspan="3">Titel, Vorname, Zuname</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> männlich</td><td>Geburtsdatum</td><td>Staatsangehörigkeit</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> weiblich</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="3">Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller</td></tr> <tr><td>Berufliche Stellung</td><td> <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in </td><td> <input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler <input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann <input type="checkbox"/> Beamter, Beamtin <input type="checkbox"/> Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in </td></tr> <tr><td colspan="3">Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung</td></tr> </table>	Titel, Vorname, Zuname			<input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> weiblich			Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller			Berufliche Stellung	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in	<input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler <input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann <input type="checkbox"/> Beamter, Beamtin <input type="checkbox"/> Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in	Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung				
Titel, Vorname, Zuname																					
<input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit																			
<input type="checkbox"/> weiblich																					
Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller																					
Berufliche Stellung	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in	<input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler <input type="checkbox"/> Hausfrau, Hausmann <input type="checkbox"/> Beamter, Beamtin <input type="checkbox"/> Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in																			
Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung																					



Angehörigenverhältnis zum Antragsteller (soweit nicht Antragsteller selbst)

Zur Prüfung der Steuerfreiheit der Krankenversicherungsbeiträge ist die Angabe des Angehörigenverhältnisses erforderlich.

Ja, die zu versichernde Person steht in einem Angehörigenverhältnis zum Antragsteller, das nachfolgend aufgezählt ist.

Ehegatte/in; eingetragene/r Lebenspartner/in; Elternteil; Stiefelternteil; Schwester/Bruder; Kind; Adoptivkind; Kind **oder** Adoptivkind der Ehegattin/des Ehegatten; Kind **oder** Adoptivkind der eingetragenen Lebenspartnerin/des eingetragenen Lebenspartners; Großelternanteil; Enkelkind

Liegt kein Angehörigenverhältnis im obigen Sinne vor, ist keine gemeinsame Antragstellung möglich (Ausnahme Tarif RKF über Formular 40248).

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen richtig und vollständig. Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass die Württembergische Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern kann. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Hinweise „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ direkt nach den Unterschriftenfeldern.

Nachfolgende Frage ist nur von zu versichernden Personen ab dem 15. Lebensjahr zu beantworten.

Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder planen Sie ein Kind zu adoptieren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei ja: Bitte geben Sie den Geburtstermin gemäß Mutterpass bzw. den Zeitpunkt der Adoption gemäß Gerichtsbeschluss an.	Datum:
Hinweis: Der Versicherungsbeginn kann frühestens der 1. des Monats sein, der auf den angegebenen Termin folgt. Bitte beachten Sie, dass die Mitversicherung ab Geburt gemäß § 198 VVG und § 2 Absatz 1 und 2 AVB nur möglich ist, wenn ein Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt bzw. Adoption seit mind. 3 Monaten versichert ist.	

Zu versichernde Person 2

Versicherungsbeginn

Titel, Vorname, Zuname

männlich weiblich Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller

Berufliche Stellung Angestellte/r Sonstige Selbstständige, Freiberufler
 Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in Hausfrau, Hausmann
 Rentner/in, Pensionär/in Beamter, Beamtin
 Selbstständige/r Handwerker/in Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in

Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung

Angehörigenverhältnis zum Antragsteller

Zur Prüfung der Steuerfreiheit der Krankenversicherungsbeiträge ist die Angabe des Angehörigenverhältnisses erforderlich.

Ja, die zu versichernde Person steht in einem Angehörigenverhältnis zum Antragsteller, das nachfolgend aufgezählt ist.

Ehegatte/in; eingetragene/r Lebenspartner/in; Elternteil; Stiefelternteil; Schwester/Bruder; Kind; Adoptivkind; Kind **oder** Adoptivkind der Ehegattin/des Ehegatten; Kind **oder** Adoptivkind der eingetragenen Lebenspartnerin/des eingetragenen Lebenspartners; Großelternanteil; Enkelkind

Liegt kein Angehörigenverhältnis im obigen Sinne vor, ist keine gemeinsame Antragstellung möglich (Ausnahme Tarif RKF über Formular 40248).

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen richtig und vollständig. Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass die Württembergische Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern kann. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Hinweise „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ direkt nach den Unterschriftenfeldern.

Nachfolgende Frage ist nur von zu versichernden Personen ab dem 15. Lebensjahr zu beantworten.

Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder planen Sie ein Kind zu adoptieren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei ja: Bitte geben Sie den Geburtstermin gemäß Mutterpass bzw. den Zeitpunkt der Adoption gemäß Gerichtsbeschluss an.	Datum:
Hinweis: Der Versicherungsbeginn kann frühestens der 1. des Monats sein, der auf den angegebenen Termin folgt. Bitte beachten Sie, dass die Mitversicherung ab Geburt gemäß § 198 VVG und § 2 Absatz 1 und 2 AVB nur möglich ist, wenn ein Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt bzw. Adoption seit mind. 3 Monaten versichert ist.	

Zu versichernde Person 3

Versicherungsbeginn

Titel, Vorname, Zuname

männlich weiblich Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller

Berufliche Stellung Angestellte/r Sonstige Selbstständige, Freiberufler
 Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in Hausfrau, Hausmann
 Rentner/in, Pensionär/in Beamter, Beamtin
 Selbstständige/r Handwerker/in Schüler/in, Auszubildende/r, Student/in

Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung

VNR

Angehörigenverhältnis zum Antragsteller

Zur Prüfung der Steuerfreiheit der Krankenversicherungsbeiträge ist die Angabe des Angehörigenverhältnisses erforderlich.

Ja, die zu versichernde Person steht in einem Angehörigenverhältnis zum Antragsteller, das nachfolgend aufgezählt ist.

Ehegatte/in; eingetragene/r Lebenspartner/in; Elternteil; Stiefelternteil; Schwester/Bruder; Kind; Adoptivkind; Kind **oder** Adoptivkind der Ehegattin/des Ehegatten; Kind **oder** Adoptivkind der eingetragenen Lebenspartnerin/des eingetragenen Lebenspartners; Großeltern; Enkelkind

Liegt kein Angehörigenverhältnis im obigen Sinne vor, ist keine gemeinsame Antragstellung möglich (Ausnahme Tarif RKF über Formular 40248).

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen richtig und vollständig. Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass die Württembergische Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern kann. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Hinweise „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ direkt nach den Unterschriftenfeldern.

Nachfolgende Frage ist nur von zu versichernden Personen ab dem 15. Lebensjahr zu beantworten.

Sind Sie werdende Mutter oder werdender Vater oder planen Sie ein Kind zu adoptieren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bei ja: Bitte geben Sie den Geburtstermin gemäß Mutterpass bzw. den Zeitpunkt der Adoption gemäß Gerichtsbeschluss an.	Datum:
Hinweis: Der Versicherungsbeginn kann frühestens der 1. des Monats sein, der auf den angegebenen Termin folgt. Bitte beachten Sie, dass die Mitversicherung ab Geburt gemäß § 198 VVG und § 2 Absatz 1 und 2 AVB nur möglich ist, wenn ein Elternteil zum Zeitpunkt der Geburt bzw. Adoption seit mind. 3 Monaten versichert ist.	

■ Beginn Versicherungsschutz

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

Zahlungsweise Beiträge

monatlich (ab 5 EUR*) vierteljährlich halbjährlich jährlich

*Ausnahme KISO Kompakt

■ Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen

Folgende Unterlagen, die Bestandteile des Versicherungsvertrags sind, habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:

- Antrag
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID)
- Individuelle Vertragsinformationen
- Information nach § 7 VVG sowie § 1 VVG-InfoV
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Datenschutzhinweise
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB; einschließlich Tarif, ggf. im Informationsheft)

Falls Unterlagen in elektronischer Form (z. B. durch CD/DVD, E-Mail als Adobe-Reader-Datei) zugegangen sind, bin ich damit einverstanden. Bitte beachten Sie die **wichtigen Hinweise zum Vertragsschlussverfahren auf den folgenden Seiten.**

Ort, Datum

Unterschrift des <u>Antragstellers</u> (Versicherungsnehmer)	Stand der erhaltenen Unterlagen
--	---------------------------------

■ Tarife und Beiträge

Titel, Vorname, Zuname		
Tarif	Beitrag (monatlich)	EUR
Tarif	Beitrag (monatlich)	EUR
Tarif	Beitrag (monatlich)	EUR
Tarif	Tagessatz	EUR
	Beitrag (monatlich)	EUR
Tarif	Tagessatz	EUR
	Beitrag (monatlich)	EUR

VNR

Tarif	Monatssatz Pflegegrad 1 EUR	Monatssatz Pflegegrad 2 EUR
Monatssatz Pflegegrad 3 EUR	Monatssatz Pflegegrad 4 EUR	Monatssatz Pflegegrad 5 EUR
<input type="checkbox"/> Erhöhung für die Pflegegrade 2 bis 5 bei stationärer Pflege auf		Monatssatz EUR
<input type="checkbox"/> Staffel-Option (modifizierter Beitrag bei Eintrittsalter zwischen min. 21 und max. 50 Jahren, siehe AVB Teil III PZ unter 8.3)		Beitrag (monatlich) EUR
Tarif	Einmalbetrag EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Monatsbetrag EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
	Gesamtbeitrag (monatlich) EUR	

■ **Tarife und Beiträge**

Titel, Vorname, Zuname		
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Tagessatz EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Tagessatz EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Monatssatz Pflegegrad 1 EUR	Monatssatz Pflegegrad 2 EUR
Monatssatz Pflegegrad 3 EUR	Monatssatz Pflegegrad 4 EUR	Monatssatz Pflegegrad 5 EUR
<input type="checkbox"/> Erhöhung für die Pflegegrade 2 bis 5 bei stationärer Pflege auf		Monatssatz EUR
<input type="checkbox"/> Staffel-Option (modifizierter Beitrag bei Eintrittsalter zwischen min. 21 und max. 50 Jahren, siehe AVB Teil III PZ unter 8.3)		Beitrag (monatlich) EUR
Tarif	Einmalbetrag EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Monatsbetrag EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
	Gesamtbeitrag (monatlich) EUR	

VNR

■ **Tarife und Beiträge**

Titel, Vorname, Zuname		
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Tagessatz EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Tagessatz EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Monatssatz Pflegegrad 1 EUR	Monatssatz Pflegegrad 2 EUR
Monatssatz Pflegegrad 3 EUR	Monatssatz Pflegegrad 4 EUR	Monatssatz Pflegegrad 5 EUR
<input type="checkbox"/> Erhöhung für die Pflegegrade 2 bis 5 bei stationärer Pflege auf		Monatssatz EUR
<input type="checkbox"/> Staffel-Option (modifizierter Beitrag bei Eintrittsalter zwischen min. 21 und max. 50 Jahren, siehe AVB Teil III PZ unter 8.3)		Beitrag (monatlich) EUR
Tarif	Einmalbetrag EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Monatsbetrag EUR	
	Beitrag (monatlich) EUR	
Tarif	Beitrag (monatlich) EUR	
Gesamtbeitrag (monatlich) EUR		
Gesamtbeitrag (monatlich) EUR		

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

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

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

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

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

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

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

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

VNR

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Prüfung der Leistungspflicht

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

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

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: Für Person 1: Für Person 2: Für Person 3:

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Württembergische Krankenversicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Württembergische Krankenversicherung 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: Für Person 1: Für Person 2: Für Person 3:

Ich wünsche, dass mich die Württembergische Krankenversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

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

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein 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 Krankenversicherung AG

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Wir benötigen Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Württembergische Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Württembergische Krankenversicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/dienstleister bei Eingabe des Produktcodes „KV31011“ eingesehen oder bei Württembergische Krankenversicherung AG, W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim, Vertragsservice, Tel.-Nr. 0711/662723113 oder Leistungsservice, Tel.-Nr. 0711/662722112, E-Mail: kranken@wuerttembergische.de angefordert werden.

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

VNR

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Württembergische Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Wüstenrot & Württembergische-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

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

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

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

■ Gesundheitsfragen

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

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

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

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

■ Zu versichernde Person 1		Titel, Vorname, Zuname	
(1) Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße?		Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg
■ (2) Sind Sie in den letzten 3 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder einem Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe untersucht oder behandelt worden? Hinweis: Bei Kindern bis zu einem Alter von 3 Jahren benötigen wir Kopien der bisher erfolgten U-Untersuchungen. Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund und folgenlos ausgeheilte Erkältungskrankheiten sind nicht anzugeben. Zu den Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe gehören z. B. Physiotherapeuten, Osteopathen, Logopäden und Ergotherapeuten.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (3) Sind Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitations- oder Kureinrichtung oder Kinderwunschzentrum untersucht, beraten oder behandelt worden?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (4) Ist bei Ihnen eine Untersuchung oder Behandlung (auch stationär) durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe angeraten oder beabsichtigt oder warten Sie noch auf Test- oder Untersuchungsergebnisse? Hinweis: Die jährliche Vorsorge beim Zahnarzt muss nicht angegeben werden.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (5) a) Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, einer angeborenen Erkrankung bzw. Fehlbildung oder an den Folgen eines Unfalls? Hinweis: Eine chronische Erkrankung besteht langfristig oder dauerhaft. Die Symptome können anhaltend oder schub- bzw. anfallsweise auftreten, so dass nicht immer eine durchgängige oder regelmäßige Behandlung notwendig ist. Typische chronische Erkrankungen sind zum Beispiel Asthma, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, HIV-Infektion, Bluthochdruck, Diabetes, Neurodermitis, Migräne oder chronische Rückenschmerzen. Angeborene Erkrankungen oder Unfallfolgen können auch keine Beschwerden verursachen und müssen bzw. mussten nur kontrolliert werden. Typische angeborene Erkrankungen sind zum Beispiel Herzfehler, Hirnzysten oder andere Fehlbildungen oder Schädigungen von Organen, Gefäßen oder Gliedmaßen. b) Besitzen Sie Körperimplantate (z.B. künstliche Gelenke, Brustimplantate) oder benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Schuheinlagen)? Hinweis: Depot-Implantate, die ausschließlich der Verhütung dienen, oder eine Hilfsmittelversorgung mit einer Brille, die nur wegen einer Kurz- oder Weitsichtigkeit genutzt wird, muss nicht angegeben werden.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (6) Sind Sie in den letzten 10 Jahren von einem Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten oder einem Heilpraktiker mit psychotherapeutischer Ausbildung untersucht, beraten oder behandelt worden?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (7) Sind Sie in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholmissbrauch oder wegen einer Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit beraten oder behandelt worden?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (8) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 2 Jahren regelmäßig Medikamente (z. B. Tabletten, Salben, Tropfen oder Spritzen)? Hinweis: Es müssen auch Medikamente angegeben werden, die nicht ärztlich verordnet wurden. Mittel zur Verhütung oder Nahrungsmittelergänzungen sind nicht anzugeben. Eine regelmäßige Einnahme liegt z. B. bei täglicher, wöchentlicher oder monatlicher Einnahme vor.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (9) Trifft bzw. treffen einer oder mehrere der folgenden Punkte auf Sie zu: – Bezogen bzw. beziehen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? – Haben Sie die Feststellung einer Erwerbsminderung (MdE), einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einen Grad der Behinderung (GdB) bewirkt, beantragt oder widersprochen, bzw. ist ein derartiger Antrag bzw. Widerspruch vorgesehen? – Haben Sie die Feststellung eines Pflegegrads bewirkt, beantragt oder widersprochen, bzw. ist ein derartiger Antrag bzw. Widerspruch vorgesehen? Hinweis: Bei jedem Punkt, der zutrifft, benötigen wir eine Kopie des Rentenbescheids, Feststellungsbescheids oder des Antrags.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Nur zu beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen vorsieht:			
■ (10) Besteht/Bestehen bei Ihnen eine Zahnfehlstellung, Kieferanomalie, Kiefergelenksbeschwerden, Kreidezähne oder nicht angelegte Zähne? Hinweis: Nichtangelegte Weisheitszähne müssen Sie nicht angeben. Bei nichtangelegten Zähnen oder Kreidezähnen benötigen wir ein Attest Ihres Zahnarztes über die Anzahl der betroffenen Zähne.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (11) Erfolgt zurzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt? Hinweis: Wenn dies bei Ihnen zutrifft, benötigen wir eine Kopie des entsprechenden Heil- und Kostenplans.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
■ (12) Besteht oder bestand in den letzten 2 Jahren eine Zahnbettterkrankung? Hinweis: Bei einer Zahnbettterkrankung handelt es sich z. B. um eine Parodontose. Wenn dies bei Ihnen zutrifft, benötigen wir einen aktuellen Parodontalstatus.		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Die letzten Fragen sind nur für Personen ab 16 Jahren für Versicherungen mit Zahnleistungen zu beantworten.			
Werden diese beiden Fragen mit „ja“ beantwortet, bitte prüfen, ob Zahnstaffelverlängerung notwendig ist und falls ja, Verlängerung vereinbaren.			
■ (13) Bitte geben Sie die Gesamtzahl an fehlenden oder durch Prothesen ersetzten Zähne an. Hinweis: Bei einer Prothese handelt es sich um einen herausnehmbaren Zahnersatz. Bei einer Vollprothese kann leider kein Versicherungsschutz geboten werden. Fehlende Weisheitszähne und Lückenschlüsse sind nicht anzugeben.		Anzahl: _____	
■ (14) Bitte geben Sie die Gesamtzahl an Zähnen an, die durch Kronen, Brückenglieder oder Implantate versorgt sind.		Anzahl: _____	
Besondere Vereinbarung (gilt nur für Zahnersatz): Verlängerung der Begrenzung der Zahnersatzleistung (Zahnstaffel)			
Ich bin einverstanden mit der Verlängerung auf		Versicherungsjahre <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8	

VNR

Weitere Angaben zu den Gesundheitsfragen (1) bis (10), die bejaht wurden. Erforderlichenfalls gesondertes unterschriebenes Blatt beifügen und hier ankreuzen.

Frage Nr.	Diagnose, Art und Verlauf der Krankheit, Name des Medikaments usw.	Wann? Wie lange? Folgenlos ausgeheilt?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben.

■ Zu versichernde Person 2

Titel, Vorname, Zuname

(1) Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

- | | |
|---|---|
| <p>■ (2) Sind Sie in den letzten 3 Jahren von einem Arzt, Heilpraktiker oder einem Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe untersucht oder behandelt worden?</p> <p>Hinweis: Bei Kindern bis zu einem Alter von 3 Jahren benötigen wir Kopien der bisher erfolgten U-Untersuchungen. Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund und folgenlos ausgeheilte Erkältungskrankheiten sind nicht anzugeben. Zu den Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe gehören z. B. Physiotherapeuten, Osteopathen, Logopäden und Ergotherapeuten.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (3) Sind Sie in den letzten 5 Jahren in einem Krankenhaus, einer Rehabilitations- oder Kureinrichtung oder Kinderwunschzentrum untersucht, beraten oder behandelt worden?</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (4) Ist bei Ihnen eine Untersuchung oder Behandlung (auch stationär) durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe angeraten oder beabsichtigt oder warten Sie noch auf Test- oder Untersuchungsergebnisse?</p> <p>Hinweis: Die jährliche Vorsorge beim Zahnarzt muss nicht angegeben werden.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (5) a) Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, einer angeborenen Erkrankung bzw. Fehlbildung oder an den Folgen eines Unfalls?</p> <p>Hinweis: Eine chronische Erkrankung besteht langfristig oder dauerhaft. Die Symptome können anhaltend oder schub- bzw. anfallsweise auftreten, so dass nicht immer eine durchgängige oder regelmäßige Behandlung notwendig ist. Typische chronische Erkrankungen sind zum Beispiel Asthma, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, HIV-Infektion, Bluthochdruck, Diabetes, Neurodermitis, Migräne oder chronische Rückenschmerzen. Angeborene Erkrankungen oder Unfallfolgen können auch keine Beschwerden verursachen und müssen bzw. mussten nur kontrolliert werden. Typische angeborene Erkrankungen sind zum Beispiel Herzfehler, Hirnzysten oder andere Fehlbildungen oder Schädigungen von Organen, Gefäßen oder Gliedmaßen.</p> <p>b) Besitzen Sie Körpermitimplantate (z.B. künstliche Gelenke, Brustimplantate) oder benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Schuheinlagen)?</p> <p>Hinweis: Depot-Implantate, die ausschließlich der Verhütung dienen, oder eine Hilfsmittelversorgung mit einer Brille, die nur wegen einer Kurz- oder Weitsichtigkeit genutzt wird, muss nicht angegeben werden.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (6) Sind Sie in den letzten 10 Jahren von einem Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten oder einem Heilpraktiker mit psychotherapeutischer Ausbildung untersucht, beraten oder behandelt worden?</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (7) Sind Sie in den letzten 10 Jahren wegen Alkoholmissbrauch oder wegen einer Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit beraten oder behandelt worden?</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (8) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 2 Jahren regelmäßig Medikamente (z.B. Tabletten, Salben, Tropfen oder Spritzen)?</p> <p>Hinweis: Es müssen auch Medikamente angegeben werden, die nicht ärztlich verordnet wurden. Mittel zur Verhütung oder Nahrungsmittelergänzungen sind nicht anzugeben. Eine regelmäßige Einnahme liegt z. B. bei täglicher, wöchentlicher oder monatlicher Einnahme vor.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (9) Trifft bzw. treffen einer oder mehrere der folgenden Punkte auf Sie zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bezogen bzw. beziehen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? - Haben Sie die Feststellung einer Erwerbsminderung (MdE), einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einen Grad der Behinderung (GdB) bewirkt, beantragt oder widersprochen, bzw. ist ein derartiger Antrag bzw. Widerspruch vorgesehen? - Haben Sie die Feststellung eines Pflegegrads bewirkt, beantragt oder widersprochen, bzw. ist ein derartiger Antrag bzw. Widerspruch vorgesehen? <p>Hinweis: Bei jedem Punkt, der zutrifft, benötigen wir eine Kopie des Rentenbescheids, Feststellungsbescheids oder des Antrags.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>Nur zu beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen vorsieht:</p> | |
| <p>■ (10) Besteht/Bestehen bei Ihnen eine Zahnfehlstellung, Kieferanomalie, Kiefergelenksbeschwerden, Kreidezähne oder nicht angelegte Zähne?</p> <p>Hinweis: Nichtangelegte Weisheitszähne müssen Sie nicht angeben. Bei nichtangelegten Zähnen oder Kreidezähnen benötigen wir ein Attest Ihres Zahnarztes über die Anzahl der betroffenen Zähne.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (11) Erfolgt zurzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?</p> <p>Hinweis: Wenn dies bei Ihnen zutrifft, benötigen wir eine Kopie des entsprechenden Heil- und Kostenplans.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (12) Besteht oder bestand in den letzten 2 Jahren eine Zahnbettterkrankung?</p> <p>Hinweis: Bei einer Zahnbettterkrankung handelt es sich z.B. um eine Parodontose. Wenn dies bei Ihnen zutrifft, benötigen wir einen aktuellen Parodontalstatus.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

VNR

Die letzten Fragen sind nur für Personen ab 16 Jahren für Versicherungen mit Zahnleistungen zu beantworten.

Werden diese beiden Fragen mit „ja“ beantwortet, bitte prüfen, ob Zahnstaffelverlängerung notwendig ist und falls ja, Verlängerung vereinbaren.

- (13) Bitte geben Sie die Gesamtzahl an fehlenden oder durch Prothesen ersetzten Zähne an.
Hinweis: Bei einer Prothese handelt es sich um einen herausnehmbaren Zahnersatz. Bei einer Vollprothese kann leider kein Versicherungsschutz geboten werden. Fehlende Weisheitszähne und Lückenschlüsse sind nicht anzugeben. Anzahl:
- (14) Bitte geben Sie die Gesamtzahl an Zähnen an, die durch Kronen, Brückenglieder oder Implantate versorgt sind. Anzahl:

Besondere Vereinbarung (gilt nur für Zahnersatz): Verlängerung der Begrenzung der Zahnersatzleistung (Zahnstaffel)

Ich bin einverstanden mit der Verlängerung auf **Versicherungsjahre** 6 8

Weitere Angaben zu den Gesundheitsfragen (1) bis (10), die bejaht wurden. Erforderlichenfalls gesondertes unterschriebenes Blatt beifügen und hier ankreuzen.

Frage Nr.	Diagnose, Art und Verlauf der Krankheit, Name des Medikaments usw.	Wann? Wie lange? Folgenlos ausgeheilt?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben.

■ **Zu versichernde Person 3**

(1) Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße? Größe: cm Gewicht: kg

- (2) Sind Sie in den letzten **3 Jahren** von einem Arzt, Heilpraktiker oder einem Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe untersucht oder behandelt worden? nein ja
Hinweis: Bei Kindern bis zu einem Alter von 3 Jahren benötigen wir Kopien der bisher erfolgten U-Untersuchungen. Vorsorgeuntersuchungen ohne Befund und folgenlos ausgeheilte Erkältungskrankheiten sind nicht anzugeben. Zu den Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe gehören z. B. Physiotherapeuten, Osteopathen, Logopäden und Ergotherapeuten.
- (3) Sind Sie in den letzten **5 Jahren** in einem Krankenhaus, einer Rehabilitations- oder Kureinrichtung oder Kinderwunschzentrum untersucht, beraten oder behandelt worden? nein ja
- (4) Ist bei Ihnen eine Untersuchung oder Behandlung (auch stationär) durch einen Arzt, Heilpraktiker oder einen Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe angeraten oder beabsichtigt oder warten Sie noch auf Test- oder Untersuchungsergebnisse? nein ja
Hinweis: Die jährliche Vorsorge beim Zahnarzt muss nicht angegeben werden.
- (5) a) Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung, einer angeborenen Erkrankung bzw. Fehlbildung oder an den Folgen eines Unfalls? nein ja
Hinweis: Eine chronische Erkrankung besteht langfristig oder dauerhaft. Die Symptome können anhaltend oder schub- bzw. anfallsweise auftreten, so dass nicht immer eine durchgängige oder regelmäßige Behandlung notwendig ist. Typische chronische Erkrankungen sind zum Beispiel Asthma, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, HIV-Infektion, Bluthochdruck, Diabetes, Neurodermitis, Migräne oder chronische Rückenschmerzen. Angeborene Erkrankungen oder Unfallfolgen können auch keine Beschwerden verursachen und müssen bzw. mussten nur kontrolliert werden. Typische angeborene Erkrankungen sind zum Beispiel Herzfehler, Hirnzysten oder andere Fehlbildungen oder Schädigungen von Organen, Gefäßen oder Gliedmaßen.
 b) Besitzen Sie Körperimplantate (z.B. künstliche Gelenke, Brustimplantate) oder benötigen Sie Hilfsmittel (z.B. Hörgeräte, Schuheinlagen)? nein ja
Hinweis: Depot-Implantate, die ausschließlich der Verhütung dienen, oder eine Hilfsmittelversorgung mit einer Brille, die nur wegen einer Kurz- oder Weitsichtigkeit genutzt wird, muss nicht angegeben werden.
- (6) Sind Sie in den letzten **10 Jahren** von einem Psychiater, Psychologen, Psychotherapeuten oder einem Heilpraktiker mit psychotherapeutischer Ausbildung untersucht, beraten oder behandelt worden? nein ja
- (7) Sind Sie in den letzten **10 Jahren** wegen Alkoholmissbrauch oder wegen einer Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit beraten oder behandelt worden? nein ja
- (8) Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **2 Jahren** regelmäßig Medikamente (z.B. Tabletten, Salben, Tropfen oder Spritzen)? nein ja
Hinweis: Es müssen auch Medikamente angegeben werden, die nicht ärztlich verordnet wurden. Mittel zur Verhütung oder Nahrungsmittelergänzungen sind nicht anzugeben. Eine regelmäßige Einnahme liegt z. B. bei täglicher, wöchentlicher oder monatlicher Einnahme vor.
- (9) Trifft bzw. treffen einer oder mehrere der folgenden Punkte auf Sie zu: nein ja
 – Bezogen bzw. beziehen Sie eine Rente aus gesundheitlichen Gründen oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt?
 – Haben Sie die Feststellung einer Erwerbsminderung (MdE), einer Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder einen Grad der Behinderung (GdB) bewirkt, beantragt oder widersprochen, bzw. ist ein derartiger Antrag bzw. Widerspruch vorgesehen?
 – Haben Sie die Feststellung eines Pflegegrads bewirkt, beantragt oder widersprochen, bzw. ist ein derartiger Antrag bzw. Widerspruch vorgesehen?
Hinweis: Bei jedem Punkt, der zutrifft, benötigen wir eine Kopie des Rentenbescheids, Feststellungsbescheids oder des Antrags.

VNR

Nur zu beantworten, wenn die beantragte Versicherung Zahnleistungen vorsieht:

- | | |
|--|---|
| <p>■ (10) Besteht/Bestehen bei Ihnen eine Zahnfehlstellung, Kieferanomalie, Kiefergelenksbeschwerden, Kreidezähne oder nicht angelegte Zähne?
 Hinweis: Nichtangelegte Weisheitszähne müssen Sie nicht angeben. Bei nichtangelegten Zähnen oder Kreidezähnen benötigen wir ein Attest Ihres Zahnarztes über die Anzahl der betroffenen Zähne.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (11) Erfolgt zurzeit eine zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlung oder ist eine solche angeraten oder beabsichtigt?
 Hinweis: Wenn dies bei Ihnen zutrifft, benötigen wir eine Kopie des entsprechenden Heil- und Kostenplans.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| <p>■ (12) Besteht oder bestand in den letzten 2 Jahren eine Zahnbitterkrankung?
 Hinweis: Bei einer Zahnbitterkrankung handelt es sich z.B. um eine Parodontose. Wenn dies bei Ihnen zutrifft, benötigen wir einen aktuellen Parodontalstatus.</p> | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |

Die letzten Fragen sind nur für Personen ab 16 Jahren für Versicherungen mit Zahnleistungen zu beantworten.

Werden diese beiden Fragen mit „ja“ beantwortet, bitte prüfen, ob Zahnstaffelverlängerung notwendig ist und falls ja, Verlängerung vereinbaren.

- | | |
|--|---------|
| <p>■ (13) Bitte geben Sie die Gesamtzahl an fehlenden oder durch Prothesen ersetzten Zähne an.
 Hinweis: Bei einer Prothese handelt es sich um einen herausnehmbaren Zahnersatz. Bei einer Vollprothese kann leider kein Versicherungsschutz geboten werden. Fehlende Weisheitszähne und Lückenschlüsse sind nicht anzugeben.</p> | Anzahl: |
| <p>■ (14) Bitte geben Sie die Gesamtzahl an Zähnen an, die durch Kronen, Brückenglieder oder Implantate versorgt sind.</p> | Anzahl: |

Besondere Vereinbarung (gilt nur für Zahnersatz): Verlängerung der Begrenzung der Zahnersatzleistung (Zahnstaffel)

Ich bin einverstanden mit der Verlängerung auf **Versicherungsjahre** 6 8

Weitere Angaben zu den Gesundheitsfragen (1) bis (10), die bejaht wurden. Erforderlichenfalls gesondertes unterschriebenes Blatt beifügen und hier ankreuzen.

Frage Nr.	Diagnose, Art und Verlauf der Krankheit, Name des Medikaments usw.	Wann? Wie lange? Folgenlos ausgeheilt?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben.

■ **Vorversicherung, anderweitig bestehende, beantragte oder abgelehnte Versicherungen**

Für jede Person einzeln

(bitte genaue Zeiträume angeben wegen Anrechnung Zahnstaffel)

Bitte beantworten Sie die rechts stehenden Fragen vollständig und richtig. Sie können sonst den Versicherungsschutz gefährden. Näheres zu Ihrer Anzeigepflicht finden Sie unter „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht nach § 19 Abs. 5 VVG, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“

Titel, Vorname, Name _____

a) gesetzliche Krankenversicherung
Unternehmen _____
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____

b) private Krankenvollversicherung/Zusatzversicherung inkl. Pflegezusatzversicherung
Unternehmen/Tarif _____
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____
Höhe
Pflege(tage)geld _____ €
Abgelehnt? ja nein
Falls ja, warum? _____

c) private/gesetzliche Pflegepflichtversicherung
Unternehmen _____
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____

d) private Krankentagegeldversicherung (KT)
Unternehmen _____
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____
Höhe Tagegeld _____ €
Abgelehnt? ja nein
Falls ja, warum? _____

e) Anspruch auf Heilfürsorge
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____

f) Wurden Anträge bei der Württembergische Lebensversicherung AG abgelehnt, zurückgestellt oder Zuschläge bzw. Leistungsausschlüsse vereinbart?
Falls ja, warum? _____

Titel, Vorname, Name _____

a) gesetzliche Krankenversicherung
Unternehmen _____
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____

b) private Krankenvollversicherung/Zusatzversicherung inkl. Pflegezusatzversicherung
Unternehmen/Tarif _____
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____
Höhe
Pflege(tage)geld _____ €
Abgelehnt? ja nein
Falls ja, warum? _____

c) private/gesetzliche Pflegepflichtversicherung
Unternehmen _____
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____

d) private Krankentagegeldversicherung (KT)
Unternehmen _____
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____
Höhe Tagegeld _____ €
Abgelehnt? ja nein
Falls ja, warum? _____

e) Anspruch auf Heilfürsorge
Zeitraum
Monat/Jahr von _____ – bis _____

f) Wurden Anträge bei der Württembergische Lebensversicherung AG abgelehnt, zurückgestellt oder Zuschläge bzw. Leistungsausschlüsse vereinbart?
Falls ja, warum? _____

VNR

Titel, Vorname, Name _____

a) gesetzliche Krankenversicherung
 Unternehmen _____
 Zeitraum
 Monat/Jahr von _____ – bis _____

b) private Krankenvollversicherung/Zusatzversicherung inkl. Pflegezusatzversicherung
 Unternehmen/Tarif _____
 Zeitraum
 Monat/Jahr von _____ – bis _____
 Höhe
 Pflege(tage)geld _____ €
 Abgelehnt? ja nein
 Falls ja, warum? _____

c) private/gesetzliche Pflegepflichtversicherung
 Unternehmen _____
 Zeitraum
 Monat/Jahr von _____ – bis _____

d) private Krankentagegeldversicherung (KT)
 Unternehmen _____
 Zeitraum
 Monat/Jahr von _____ – bis _____
 Höhe Tagegeld _____ €
 Abgelehnt? ja nein
 Falls ja, warum? _____

e) Anspruch auf Heilfürsorge
 Zeitraum
 Monat/Jahr von _____ – bis _____

f) Wurden Anträge bei der Württembergische Lebensversicherung AG abgelehnt, zurückgestellt oder Zuschläge bzw. Leistungsausschlüsse vereinbart?
 Falls ja, warum? _____

■ **Beitragsrückstände**

Bestehen bei der aktuellen privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung Beitragsrückstände?

Titel, Vorname, Name _____ ja nein

Titel, Vorname, Name _____ ja nein

Titel, Vorname, Name _____ ja nein

■ **Angaben zum Erwerbseinkommen**

(Bitte beachten Sie auch den Hinweis „Erklärungen zum Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit bei Anträgen auf Krankentagegeld“.)

Titel, Vorname, Name _____

	Monat	Jahr
Derzeitige berufliche Tätigkeit seit _____		
Monatliches Durchschnittseinkommen netto aus beruflicher Tätigkeit der letzten zwölf Monate (bei Selbstständigen: Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben)		€
		Wochen
Dauer der Gehaltsfortzahlung _____		
Gewerbeanmeldung seit? _____		
Anschrift Arbeitgeber bzw. bei Selbständigen Geschäftsadresse des Antragstellers _____		

Nur für Zusatzversicherungen:
 Besteht Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung? ja nein

VNR

Titel, Vorname, Name _____

Monat _____ Jahr _____

Derzeitige berufliche Tätigkeit seit _____

Monatliches Durchschnittseinkommen netto aus beruflicher Tätigkeit der letzten zwölf Monate (bei Selbstständigen: Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben) € _____

Wochen _____

Dauer der Gehaltsfortzahlung _____

Gewerbeanmeldung seit? _____

Anschrift Arbeitgeber bzw. bei Selbstständigen Geschäftsadresse des Antragstellers _____

Nur für Zusatzversicherungen:
Besteht Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung? ja nein

Titel, Vorname, Name _____

Monat _____ Jahr _____

Derzeitige berufliche Tätigkeit seit _____

Monatliches Durchschnittseinkommen netto aus beruflicher Tätigkeit der letzten zwölf Monate (bei Selbstständigen: Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben) € _____

Wochen _____

Dauer der Gehaltsfortzahlung _____

Gewerbeanmeldung seit? _____

Anschrift Arbeitgeber bzw. bei Selbstständigen Geschäftsadresse des Antragstellers _____

Nur für Zusatzversicherungen:
Besteht Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung? ja nein

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

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

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

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

■ **Einwilligungserklärung**

Ich möchte auch weiterhin aktiv beraten und informiert werden:

Ja, ich bin einverstanden, dass mich die W&W-Gruppe per Telefon über Finanzdienstleistungen informiert.

Ja, ich bin einverstanden, dass mich die W&W-Gruppe per E-Mail, SMS, Messaging-Dienst oder Sozialem Netzwerk über Finanzdienstleistungen informiert.

Weitere Erläuterungen dazu finden Sie in den Erklärungen und Hinweise. Ich kann diese Einwilligung jederzeit, ohne Einfluss auf abgeschlossene Verträge, widerrufen. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die von dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

VNR _____

■ **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Württembergische Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Württembergische Versicherung AG von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich weiß, dass durch diese Rückerstattung mein Versicherungsschutz gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehme ich den Versicherungsbedingungen meines Vertrags.

Der Versicherer wird spätestens 5 Tage vor Einreichung der ersten Lastschrift und bei Änderungen über den Lastschriftbetrag und Belastungstag informieren. Ich verpflichte mich, dem Versicherer stets meine aktuellen Adressdaten mitzuteilen.

Der Versicherer wird sie an die Württembergische Versicherung AG weiterleiten.

Württembergische Versicherung AG, 70801 Kornwestheim
Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ0000052734

Das Lastschriftmandat mit diesem Konto soll verwendet werden

für diesen Vertrag.

für alle meine bestehenden Versicherungsverträge bei der Württembergische Versicherung AG, der Württembergische Lebensversicherung AG, der Allgemeinen Rentenanstalt Pensionskasse AG, der Württembergische Krankenversicherung AG und der Karlsruher Lebensversicherung AG.

Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer

Vorname, Zuname, Firma

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Angaben zum Konto
Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

Ort

Datum

**Unterschrift des Kontoinhabers,
falls nicht Versicherungsnehmer**

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

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

■ **Bonitätsauskunft**

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG zum Zweck der Entscheidung über die Begründung und Durchführung eines Vertragsverhältnisses Informationen über mein Zahlungsverhalten und meine Zahlungsfähigkeit (Bonitätsdaten) bei Auskunfteien einholt (z.B. Schufa Holding AG oder Infocore Consumer Data GmbH). Dabei kann die Auskunftei dem Versicherer ergänzend einen aus ihrem Datenbestand errechneten Wahrscheinlichkeitswert auf Basis wissenschaftlich anerkannter mathematisch-statistischer Verfahren mitteilen (Score-Wert). Zur Identifikation werden Namen, Anschrift und Geburtsdatum verwendet. Bei Beantragung des Basisarifs erfolgt keine Bonitätsprüfung.

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

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

■ **Widerrufsbelehrung**

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

■ **Wichtige Hinweise**

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

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber), bei Firmen zusätzlich
Firmenstempel

Unterschrift der zu versichernden Person 1 (ab 16 Jahren) bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift der zu versichernden Person 2 (ab 16 Jahren) bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift der zu versichernden Person 3 (ab 16 Jahren) bzw. gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des Vermittlers/Vorwahl/Telefon-Nr.

Aktions-Kennz.

Wettbew.

VNR

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rüchwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann im Einzelfall (z.B. bei rückwirkender Einfügung eines sog. Risikoabschlusses) ebenfalls zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

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

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

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Wichtige Erklärungen und Hinweise

Vertragsschlussverfahren

1. Haben Sie bereits alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie die Datenschutzhinweise erhalten, werden wir Ihren Antrag umgehend prüfen.

Die Versicherungsverträge kommen erst zustande, wenn Sie von uns Ihren Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung erhalten.

2. Falls Sie nicht rechtzeitig alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie die Datenschutzhinweise erhalten haben, werden wir Ihren Antrag als Aufforderung ansehen, Ihnen ein Angebot zum Abschluss von Versicherungsverträgen zu unterbreiten.

Wir erstellen für Sie dann umgehend ein aussagefähiges Angebot mit allen oben genannten Informationen und Unterlagen.

Die Versicherungsverträge kommen in diesem Fall erst dann zustande, wenn Sie uns Ihre Annahmeerklärung unterzeichnet zurücksenden. Sie erhalten von uns daraufhin nochmals eine Information, die das Zustandekommen der Verträge bestätigt.

3. **Vor der schriftlichen Annahme meines Antrags durch die Gesellschaft bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins wird mir von der Gesellschaft empfohlen, meine bisherige Versicherung vorläufig nicht aufzugeben.**

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

1. **Verantwortlichkeit für den Antrag**

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

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

Für die Krankheitskostenteilversicherung/Krankenzusatzversicherung

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

Für die Krankentagegeldversicherung

- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung und Tarifbedingungen

Für die Private Pflegezusatzversicherung

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

Für die Auslandsreisekrankenversicherung

- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVBRKM/AVBRKFM) für die Auslandsreisekrankenversicherung

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

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

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

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

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

Widerrufsfolgen

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

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflicht bei allen Versicherungszweigen

Folgende Informationen müssen wir Ihnen zur Verfügung stellen:

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

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

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

Ende der Widerrufsbelehrung

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0;
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift,
zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DS-GVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DS-GVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DS-GVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z.B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-)Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs-, oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbeschlüsse).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z.B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beaufkündet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z.B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigem betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DS-GVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z.B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z.B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren
- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger wählende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet-Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

**Nach Art. 21 Abs. 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an
SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.**

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DS-GVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen § 31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungsverstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z.B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DS-GVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DS-GVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DS-GVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag – verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitsscoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

1. Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o.a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

2. Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z.B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

3. Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunfteiunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z.B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

4. Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

5. Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z.B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

7. Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist.

Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschrufen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband „Die Wirtschaftsauskunfteien e.V.“ zusammengeschlossenen Auskunfteiunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Vorschritten bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

8. Betroffenerechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde -Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königsgr. 10a, 70173 Stuttgart- zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer unentgeltlichen schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Vorschritten der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft)

Wenn Sie –auf freiwilliger Basis– eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

9. Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Einträgen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntheit der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD.

Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z.B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring.

Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z.B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.