

# Richtig vorsorgen.

## Mit den Produkten der Württembergische Lebensversicherung AG.

### Abschluss einer

- Risikolebensversicherung in Verbindung mit einem Realkredit

#### Interner Bearbeitungsvermerk

##### Hinweis für die Darlehensgeberin.

Bitte leiten Sie den Antrag erst dann an die Württembergische Lebensversicherung AG weiter, wenn das Darlehen vom Kunden angenommen wurde.

Die beantragte Versicherung steht im Zusammenhang mit dem gleichzeitig bereitgestellten bzw. gleichzeitig prolongierten Darlehen unter der Darlehenskonto-Nr.:

Höhe des Darlehens: (= maximale Todesfall-Leistung)

Stempel und Unterschrift der Darlehensgeberin:

Kollektivnummer

01 – 1203504 – 04

Kollektivvereinbarungsnummer

1400062

Verwaltungsgruppennummer

01 – 4400389 – 60



## Antrag auf Abschluss einer Risikolebensversicherung (in Verbindung mit dem auf S. 1 näher bezeichneten Darlehen)

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

  

<input type="checkbox"/> <b>Antragsteller (Versicherungsnehmer)</b> <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau	Titel, Vorname, Nachname _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl   Wohnort _____ Geburtsdatum   Geburtsname   Geburtsort   Staatsangehörigkeit _____ Telefon   E-Mail _____ Derzeitige Tätigkeit   Beruf (Ausbildung)   Branche _____
<input type="checkbox"/> <b>Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)</b> <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau <small>Die zu versichernde Person hat sich ausgewiesen durch ihren Personalausweis, Reisepass oder Führerschein.</small>	Titel, Vorname, Nachname _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl   Wohnort _____ Geburtsdatum   Geburtsname   Geburtsort   Staatsangehörigkeit _____ Telefon   E-Mail _____ Derzeitige Tätigkeit   Beruf (Ausbildung)   Branche _____
<input type="checkbox"/> <b>Mitzuversichernde Person (nur bei Tarif SKV)</b> <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau <small>Die mitzuversichernde Person hat sich ausgewiesen durch ihren Personalausweis, Reisepass oder Führerschein.</small>	Titel, Vorname, Nachname _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl   Wohnort _____ Geburtsdatum   Geburtsname   Geburtsort   Staatsangehörigkeit _____ Telefon   E-Mail _____ Derzeitige Tätigkeit   Beruf (Ausbildung)   Branche _____

  

**Identifizierungspflicht nach dem Geldwäschegesetz (entfällt bei BasisRente)**  
 Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.), so ist stets das Formular DSLegi1 (Ziffer 2.) auszufüllen und mit den entsprechenden Nachweisen dem Antrag beizufügen.

  

<input type="checkbox"/> <b>Identifizierungspflicht</b> (ist grundsätzlich immer anhand eines Ausweisdokuments vorzunehmen) Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <b>Erkundigungspflicht</b> (immer erforderlich) Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und nicht auf der einer anderen Person. Falls dies nicht zutrifft, bitte hier zusätzliche Angaben.	Nr. und ausstellende Behörde _____ Geburtsort _____ Name, Anschrift der Person (wirtschaftlich Berechtigter) _____
--	---

  

**Die Versicherung wird ohne Gesundheitsfragen abgeschlossen.** Der Versicherer behält sich jedoch vor, in begründeten Einzelfällen eine Gesundheitsprüfung zu verlangen. Die Todesfall-Leistung entspricht höchstens der Höhe des von der Darlehensgeberin bereitgestellten Darlehens, jedoch maximal 120 000 EUR pro versicherter Person und Vertrag. Das Mindesteintrittsalter beträgt 18 Jahre. Das Höchstendalter beträgt 67 Jahre (gilt bei Tarif SKV auch für die mitversicherte Person). Bei Risikolebensversicherungen (Tarife SK, SKV) beträgt die Versicherungsdauer mindestens 5, höchstens 20 Jahre.

  

<b>Beginn der Versicherung</b>	Tag	Monat	Jahr		Jahre	Jahre	Jahre	Jahre
	01							
	Eintrittsalter:				Beitragszahlungsdauer:			Versicherungsdauer:

  

<b>Garantierte Leistung im Todesfall</b> (bei Vereinbarung eines konstanten Todesfallschutzes)		<b>EUR</b>	
<b>Garantierte Leistung im Todesfall</b> (bei Vereinbarung eines flexiblen Todesfallschutzes)			
Im 1. Versicherungsjahr	EUR	Im . Versicherungsjahr	EUR
Im . Versicherungsjahr	EUR	Im letzten Versicherungsjahr	EUR

  

**Überschussverwendung** (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)  
 Verrechnung mit dem Beitrag

  

**Risikolebensversicherung**  
**Tarife** (siehe nachfolgende Seiten)  
 SK       SKV



■ **Beitrag**

<b>Zahlungsweise</b> <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich	
<b>Gesamtbeitrag</b> (Rundungsdifferenz ist möglich)	<b>EUR</b>
Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)	<b>EUR</b>

■ **Abtretung**

ja

Der Versicherungsnehmer tritt mit Unterzeichnung dieses Antrags alle gegenwärtigen und künftigen Ansprüche auf Leistungen wegen Todes aus der Risikolebensversicherung an den Kreditgeber ab, der die Abtretung hiermit annimmt. Die Abtretung dient im Falle des Todes der versicherten Person bzw. mitversicherten Person der Sicherung bzw. Tilgung aller Ansprüche des Kreditgebers aus dem gleichzeitig mit dem Abschluss dieser Versicherung beantragten Darlehen. Das nachfolgend eingeräumte Bezugsrecht ist gegenüber den Rechten aus der Abtretung nachrangig.

■ **Bezugsrecht**  
(auch für die im Versicherungsfall auszahlende Überschussbeteiligung)

**Im Todesfall**  
bei Tarif SKV bei Tod der zuerst sterbenden Person (versicherte oder mitversicherte Person)

**der Antragsteller (Versicherungsnehmer)**  
 **der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist/ bei den Tarifen SKV die überlebende versicherte bzw. mitversicherte Person**    oder     Name, Geburtsdatum und Anschrift

■ **Besondere Vereinbarungen/Hinweise**  
(Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen)

■ **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (gilt für die zu versichernde Person und beim Tarif SKV ebenfalls für die mitzuversichernde Person)**

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

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

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

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

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

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

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

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

**2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

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

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

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

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

- Möglichkeit I:**     zu versichernde Person  
                           mitzuversichernde Person

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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

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

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

- Möglichkeit II:**     zu versichernde Person  
                           mitzuversichernde Person

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

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

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

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

## 2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

#### 3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

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

Die zurzeit gültige Liste für die Württembergische Lebensversicherung AG ist am Ende des Dokuments angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.wuerttembergische.de/dienstleister](http://www.wuerttembergische.de/dienstleister) bei Eingabe des Produktcodes „LV79589“ eingesehen oder angefordert werden bei Württembergische Lebensversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, Telefon: 0711/662-0, E-Mail: [kundenservice@wuerttembergische.de](mailto:kundenservice@wuerttembergische.de).

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

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

#### 3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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

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

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

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

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

■ **Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer**

Folgende Einwilligung ist nur relevant, wenn die zu versichernde Person bzw. die ggf. mitzuversichernde Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist:  
Die Württembergische Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Gesundheitsdaten der zu versichernden Person(en) an den Versicherungsnehmer der beantragten Versicherung weiter. Gleichwohl kann es im Rahmen der Antrags-, Vertrags- bzw. Leistungsbearbeitung erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer auf versicherungsrechtlicher Grundlage Daten zur Kenntnis zu geben, die Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der zu versichernden Person bzw. der ggf. mitzuversichernden Person zulassen.

So erfährt der Versicherungsnehmer im Rahmen der ihm zur Verfügung zu stellenden Vertragsunterlagen, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken in den Vertrag aufgenommen wurden. Anlässlich einer Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dem Versicherungsnehmer zur Begründung unserer Leistungsentscheidung auch Gesundheitsdaten zu übermitteln. **Die zu versichernde Person bzw. die ggf. mitzuversichernde Person willigt ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG ihre Gesundheitsdaten in diesen Fällen an den Versicherungsnehmer übermitteln darf.**

■ **Einwilligungserklärung (gilt für den Antragsteller)**

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, Kurznachricht 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 vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

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

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte den Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen und die wichtigen Hinweise. **Die Erklärungen enthalten auch Ermächtigungen zur Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken.** Ich willige in die am Ende des Dokuments abgedruckte Einwilligungserklärung zum Datenschutz und Bankgeheimnis ausdrücklich ein. Die Schlusserklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie sind mit Ihrer Unterschrift Inhalt dieses Antrages.

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

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

■ **Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen**

**Wichtig!**

Folgende Unterlagen habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:

- Antragsformular
- Beratungsprotokoll
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Persönlicher Vorschlag/Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung
- Informationen gemäß § 7 VVG
- Versicherungsbedingungen
- Steuerliche Informationen
- Datenschutzhinweise

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

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

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

X

■ **Beitragszahlung**

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

**SEPA-Lastschriftmandat**

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 Betrages 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 Vertrages.

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

**Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer**  
 Vorname, Zuname, Firma  
 Straße und Hausnummer  
 Postleitzahl | Wohnort

**Angaben zum Konto**  
**Kreditinstitut (Name)** | BIC  
**IBAN**  
 LKZ | Prüfz. | zusätzlich Auslands-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.

**Ihr Widerrufsrecht**

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

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

Ort, Datum  
 Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber)  
 Unterschrift der zu versichernden Person (erforderlich, wenn diese nicht Antragsteller ist)  
 Unterschrift(en) aller gesetzlichen Vertreter (immer erforderlich, wenn Antragsteller, zu versichernde Person und/oder mitzuversichernde Person minderjährig ist)  
 Unterschrift der mitzuversichernden Person (erforderlich bei Tarif SKV)  
 Unterschrift des Vermittlers (Ich bestätige die Angaben zum Geldwäschegesetz und die aufgrund des Originals erstellte und beigefügte Kopie des Legitimationsdokumentes sowie die Angabe des Geburtsdatums der zu versichernden Person(en).)

VNR —	Aktion-KZ —	Sto.-Res.	Wettbew.
----------	----------------	-----------	----------

# Erklärungen und Hinweise

## Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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

### Bezugsrecht

Der Bezugsberechtigte erhält die fällige Leistung. Sofern nichts anderes festgelegt wurde, ist das Bezugsrecht widerruflich und kann daher jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalles vom Versicherungsnehmer geändert werden. Wenn ein unwiderrufliches Bezugsrecht vereinbart wurde, ist eine Änderung nur mit Zustimmung des Bezugsberechtigten möglich. In diesem Fall erhält bei einer Kündigung des Vertrages grundsätzlich nicht der Versicherungsnehmer, sondern der bzw. die unwiderruflich Bezugsberechtigte(n) einen etwaigen Rückkaufwert. Dies gilt auch dann, wenn das unwiderrufliche Bezugsrecht nur für den Todesfall besteht. Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, im Rahmen der Einräumung des unwiderruflichen Bezugsrechtes durch eine entsprechende Mitteilung gegenüber dem Versicherer eine hiervon abweichende Festlegung zu treffen.

### Kombination mit einem Darlehen

In diesem Antrag sind keine Gesundheitsfragen zu beantworten. Diese Erleichterung ist nur in Verbindung mit dem von Ihnen beantragten Darlehen möglich.

Sollte der Darlehensvertrag bzw. die Prolongation nicht zustande kommen, wird dieser Antrag gegenstandslos: der Versicherungsvertrag kommt nicht zustande. Sie können dann bei uns einen Tarif mit Gesundheitsfragen beantragen.

Nehmen wir Ihren Antrag an, so ist der Versicherungsvertrag rechtlich selbständig zu dem Darlehensvertrag. Die vereinbarte Todesfallsumme ist daher nicht vom Zahlungsstand des Darlehens abhängig. Eine vorzeitige Rückzahlung des Darlehens führt nicht zur Beendigung des Versicherungsvertrags. Bis zum Ablauf haben Sie weiterhin Versicherungsschutz.

### Wichtige Hinweise

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

### Information zur Beurteilung des wirtschaftlichen Interesses/Klärung von widersprüchlichen Angaben

Die Württembergische Lebensversicherung AG beauftragt die Firmen Info Partner KG, Bahnhofplatz 18, 82110 Germering und Creditreform, Kriegsstraße 236-240, 76135 Karlsruhe mit der Sachverhaltsermittlung sowie der Prüfung der Angemessenheit des Versicherungsschutzes im Zusammenhang mit der Antragstellung und Vertragserfüllung, sofern dies aufgrund der Höhe der beantragten Versicherungssumme oder zur Klärung von widersprüchlichen Angaben im Leistungsfall erforderlich ist.

## Liste über datenverarbeitende Stellen der Württembergische Lebensversicherung AG

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

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Karlsruher Lebensversicherung AG
- Württembergische Krankenversicherung AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebspartner GmbH
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Immobilien GmbH
- W&W Asset Management GmbH
- W&W Informatik GmbH
- W&W Service GmbH
- Altmark Versicherungsmakler GmbH
- Adam Riese GmbH

### Übertragene Aufgaben

Die Unternehmen der W&W-Gruppe verwenden Ihre Daten zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, IBAN, BIC, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

- Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV)

### Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Einkommensteuergesetz (EStG), wie z. B. Entgegennahme und Verarbeitung von Beitragsmeldungen, Zulagenanträgen und Rentenbezugsmitteilungen

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

- Berufskundliche Gutachter

### Übertragene Aufgaben

Überprüfung und Auswertung der Daten für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit besteht

- Beauftragte Rechtsanwälte

### Übertragene Aufgaben

Vertretung im Fall eines Rechtsstreits, rechtliche Begutachtung eines Versicherungsfalles

- Privatermittler

### Übertragene Aufgaben

Sachverhaltsermittlung im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung

- Ombudsmann

### Übertragene Aufgaben

Datenaustausch bei Beschwerden

- Arbeitgeber als Versicherungsnehmer

### Übertragene Aufgaben

Datenaustausch zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung bei Versicherungsverträgen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung

- Unterstützungskassen

### Übertragene Aufgaben

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

- Pensions-Sicherungs-Verein (PSV a.G.)

### Übertragene Aufgaben

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

## Ihre Einwilligung zu einer umfassenden Beratung und Kontaktaufnahme zu Werbezwecken:

Mit Ihrer Zustimmung verwenden die Unternehmen der W&W-Gruppe oder die regional für Sie jeweils zuständigen selbstständigen Vermittler der Württembergische Versicherung AG oder der Wüstenrot Bausparkasse AG Ihre Kontaktdaten, um Sie über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe per Telefon, E-Mail, SMS, Messaging-Dienste (z. B. WhatsApp) oder Soziale Netzwerke (z. B. Facebook) informieren zu können.

## Tarifbezeichnungen

(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

## Risikolebensversicherungen

### Tarif SK

(Risikolebensversicherung als Kombiprodukt): Risikolebensversicherung auf den Todesfall

### Tarif SKV

(Risikolebensversicherung als Kombiprodukt mit Partnerbaustein)

Risikolebensversicherung auf den Todesfall

### Tarifzusätze

Bei Tarifen mit dem Tarifzusatz „P“ handelt es sich um Einzeltarife innerhalb von Kollektiv(-Rahmen)verträgen bzw. mit Bonusvereinbarung.



Ihr Fels in der Brandung.

Württembergische Lebensversicherung AG

### Vorstand:

Thomas Bischof, Vorsitzender,  
Franz Bergmüller, Dr. Michael Gutjahr,  
Norbert Heinen, Dr. Susanne Pauser,  
Jens Wieland

Aufsichtsratsvorsitzender: Jürgen A. Junker

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart,  
Handelsregister B Nr. 280

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart  
Telefon 0711 662-0

### Besuchsanschrift:

Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West

Postanschrift: 70163 Stuttgart

### Bankverbindung:

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

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