

Richtig vorsorgen.

Mit den Produkten der Württembergische Lebensversicherung AG.

Abschluss einer

- **Berufsunfähigkeitsversicherung
mit vereinfachten Gesundheitsfragen für BONUS-Kunden**



Für BONUS-Kunden (siehe Erläuterungen am Ende des Dokuments)

VNR
05 -

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

Versand an Agentur

Antragsteller (Versicherungsnehmer) 1 Herr 2 Frau

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) 1 Herr 2 Frau

Die zu versichernde Person hat sich ausgewiesen durch ihren Personalausweis, Reisepass oder Führerschein.

Titel, Vorname, Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsname	Staatsangehörigkeit
Telefon	E-Mail
Derzeitige Tätigkeit	Branche
Beruf (Ausbildung)	Schulart/Fachrichtung*
<input checked="" type="checkbox"/> BONUS-Kunde seit mindestens 6 Monaten:	Kunden-Nr.

Titel, Vorname, Nachname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsort
Geburtsname	Staatsangehörigkeit
Telefon	E-Mail
Derzeitige Tätigkeit	Branche
Beruf (Ausbildung)	Schulart/Fachrichtung*
Vorname, Zuname	

*Bei Schülern bitte Schulart (z.B. Gymnasium), bei Studenten bitte Fachrichtung (z.B. Maschinenbau, Medizin) eintragen.

Ja, ich beantrage die Berufsunfähigkeitsversicherung mit vereinfachten Gesundheitsfragen.

Tarifdaten und Beitrag

Tarif (siehe am Ende des Dokuments)

(BURV(N)1+, BURV(N)1, BURV(N)2+ oder BURV(N)2 eintragen)

Überschussverwendung
(Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)

Anpassungsvereinbarung
(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Versichert werden alle Berufe der Berufsklassen 1+, 1, 2+, 2 mit Ausnahme von: Bundeswehr (Soldaten und Zeitsoldaten).

Beginn der Versicherung	Tag	Monat	Jahr	Eintrittsalter ¹⁾	Jahre	Beitragszahlungs- endalter:	Jahre	Versicherungs- endalter:	Jahre	Leistungs- endalter ²⁾ :	Jahre
	0	1									

¹⁾ Das Höchsteintrittsalter beträgt 35 Jahre, bei der Einsteiger-BU (Tarif BURVN_) 30 Jahre.

²⁾ Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt.

Garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente (max. 1.000 EUR) EUR
Beitragsbefreiung im Leistungsfall inklusive

Fondsanlage **Fondaufteilung** W&W Quality Select Aktien Welt zu 100%
(Fondsbeschreibung siehe Verbraucherinformationen)

Beitragsverrechnung
Die jährliche Anpassung des Beitrags erfolgt entsprechend der Steigerung des Höchstbeitrags in der gesetzlichen Rentenversicherung (West), mindestens jedoch um 5 % des Vorjahresbeitrags.

Eine Erhöhung wird nicht gewünscht.

Bei der Einsteiger-BU (Tarif BURVN_) erfolgen weitere Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erst nach der Staffelphase, das heißt ab dem ersten Jahrestag nach deren Ende.

Monatlicher Beitrag (Rundungsdifferenz ist möglich) EUR

Monatlicher Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr (bei Beitragsverrechnung, Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen) EUR

Bei der Einsteiger-BU (Tarif BURVN_) handelt es sich jeweils um den Anfangsbeitrag zu Beginn der Staffelphase. Der Beitrag steigt jährlich bis zum 11. Versicherungsjahr an (siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung).

Monatlicher Beitrag ab 11. Versicherungsjahr EUR
nach Beendigung der Staffelphase (nur bei der Einsteiger-BU [Tarif BURVN_])

Bezugsrecht
(auch für die im Versicherungsfall auszuzahlende Überschussbeteiligung)

Im Erlebensfall der Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder Name, Geburtsdatum, Anschrift

Im Todesfall der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist oder Name, Geburtsdatum, Anschrift

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



■ **Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person**
(bei BU-Monatsrenten in Höhe von maximal 1.000 EUR)

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

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

Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand		
	Nein	Ja
1. Sind Sie derzeit voll oder teilweise arbeitsunfähig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 12 Monaten		
	Nein	Ja
2. Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate vor Antragstellung a) aus gesundheitlichen Gründen länger als zwei Wochen zusammenhängend außerstande, ihre berufliche/schulische oder studentische Tätigkeit auszuüben oder b) wegen ein und derselben Erkrankung mehr als zweimal in Behandlung, Beratung oder Untersuchung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 12 Monate regelmäßig (mehr als zweimal wöchentlich) Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren		
	Nein	Ja
4. Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Erkrankungen oder Beschwerden an mindestens einer der folgenden Körperpartien mehr als zweimal in Behandlung, Beratung oder Untersuchung: Wirbelsäule (hierzu zählen auch die Bandscheiben), Hüften, Kniegelenke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren folgende Erkrankungen/Beschwerden oder erfolgte eine Behandlung, Beratung oder Untersuchung dazu: a) psychische Erkrankungen/Beschwerden (z. B. ADHS, Depression, Selbsttötungsversuch, Burn-out, Angststörung, chronisches Schmerzsyndrom) b) Erkrankungen des Immunsystems (z. B. Multiple Sklerose, Rheuma, HIV, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa) c) Drogen- oder Alkoholkonsum d) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie, Blutarmut) e) Erkrankungen des Herzens (z. B. Herzinfarkt, Herzvergrößerung) f) Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche Angaben zum Beruf und zur Versorgungssituation		
	Nein	Ja
6. Wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) , eine Schwerbehinderung (GdB) , eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Pflegebedürftigkeit anerkannt oder beantragt oder ist ein derartiger Antrag vorgesehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bestehen für Sie bereits Versicherungen mit einer Berufsunfähigkeitsrente , sind solche beantragt oder wurden Anträge zurückgestellt oder abgelehnt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage zu besonderen Gefahren		
	Nein	Ja
8. Betreiben Sie eines der folgenden Hobbys: Flugsport aller Art, Motorsport (nur anzugeben bei Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit), Bergsteigen über 5.000 m Höhe, Felsklettern ab Schwierigkeitsgrad 7, Eisklettern, Freediving, Tauchen über 40 m Tiefe, Alleintauchgänge, Höhlentauchen, Boxsport oder andere Extremsportarten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls mindestens eine der Fragen 1. bis 8. mit „ja“ beantwortet wird, ist Antrag 21241 erforderlich.		
9. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben! <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		
10. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße ? Größe _____ cm Gewicht _____ kg		

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

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

1. Welches ist der Grad der höchsten Ausbildung der zu versichernden Person?	<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschulstudium (z. B. Bachelor, Master, Diplom an DH, FH, Universität)	<input type="checkbox"/> abgeschlossene kaufmännische Berufsausbildung (Regelausbildungszeit mindestens 3 Jahre)	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung in der Industrie oder im Handwerk	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Weiterbildung: Meisterprüfung, Techniker Ausbildung
2. Welchen Anteil hat die Bürotätigkeit bzw. aufsichtführende Tätigkeit, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit der zu versichernden Person?	<input type="checkbox"/> unter 25 %	<input type="checkbox"/> 25 % – 49 %	<input type="checkbox"/> 50 % – 74 %	<input type="checkbox"/> 75 % – 100 %
3. Ist die zu versichernde Person Angestellter, Beamter, Selbstständiger, Gewerbetreibender oder Geschäftsführer mit Leitungsfunktion? Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der zu versichernden Person geführt werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unter 5	<input type="checkbox"/> mindestens 10
	<input type="checkbox"/> 5 – 9			

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

Möglichkeit I:

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

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

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

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

Möglichkeit II:

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

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

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

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

Die zurzeit gültige Liste für die Württembergische Lebensversicherung AG finden Sie unter der Rubrik "Erklärungen und Hinweise". Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/dienstleister 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.

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

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

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

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

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

■ 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 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

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. 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.

Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen



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 für die Berufsunfähigkeitsversicherung
- 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 <u>Antragstellers</u> (Versicherungsnehmer)
------------	--

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 Prüf.

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.

Ihr Widerrufsrecht

Hiermit willige ich ein, dass der mir benannte erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages/der Versicherungsverträge fällig wird.

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), bei Firmen zusätzlich Firmenstempel

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 des Vermittlers (Ich bestätige die Angabe des Geburtsdatums der zu versichernden Person[en].)

Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vor-handenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, sofern Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben.

Kündigen wir den Versicherungsvertrag, wandelt er sich in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungseistung erreicht wird.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann im Einzelfall (z. B. bei rückwirkender Einfügung eines sog. 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 fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Erklärungen und Hinweise

Schlussfolgerungen 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.

Rechtsnachfolge

Sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt, wird im Falle seines Todes die versicherte Person Versicherungsnehmer.

Ist die versicherte/mitversicherte Person minderjährig, wird bis zu deren Volljährigkeit ein gesetzlicher Vertreter bzw. Vormund treuhänderisch als Versicherungsnehmer vorgemerkt.

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.

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.

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

Tarifbezeichnungen

(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Berufsunfähigkeitsversicherung

Berufsunfähigkeitsversicherung

- Tarif BURV_

Berufsunfähigkeitsversicherung mit reduziertem Anfangsbeitrag

- Tarif BURVN_ (Einsteiger-BU)

Tarifzusätze

Bei Tarifen mit dem Tarifzusatz „P“ handelt es sich um Einzeltarife mit BONUS-Vereinbarung. Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung gibt der jeweilige Tarifzusatz die Berufsklasse an (z. B. BURV2).

Erläuterungen BONUS-Kunden

Dieses besondere Angebot gilt für

- BONUS-Kunden bis 35 Jahre,
- Ehe- bzw. Lebenspartner von BONUS-Kunden bis 35 Jahre,
- Kinder von BONUS-Kunden im Alter von 15 bis 25 Jahren, die im Haushalt der Eltern leben.



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>