



**Richtig vorsorgen**

# Mit den Produkten der Württembergische Lebensversicherung AG.

**Abschluss einer:**

## **Klassischen Rentenversicherung**

- PrivatRente
- PrivatRente KlassikClever
- PrivatRente IndexClever

## **Fondsgebundenen Rentenversicherung**

- Genius PrivatRente, inklusive Produktvariante ProZukunft
- Genius BasisRente, inklusive Produktvariante ProZukunft

## **Risikolebensversicherung**

- Risikolebensversicherung Premium
- Risikolebensversicherung Kompakt
- Sterbegeldversicherung ohne Gesundheitsfragen und mit Wartezeit
- VermögensSchutz Premium ohne Gesundheitsfragen

## **Berufsunfähigkeitsversicherung**

- BU-Versicherung
- Einsteiger-BU

## **Grundfähigkeitsversicherung**

 **württembergische**

Ihr Fels in der Brandung.

Ihr Fels in der Brandung.

## Antrag auf Abschluss einer

- Klassischen Rentenversicherung
- Fondsgebundenen Rentenversicherung
- Risikolebensversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung
- Grundfähigkeitsversicherung

Bitte senden Sie den vollständig eingescannten Antrag an folgende Mailadresse: **Antragsvorerfassung@ww-service-gmbh.de**

<input type="checkbox"/> <b>Neukunde/-in</b> <input type="checkbox"/> ja    Adressänderung <input type="checkbox"/> ja												
Kunden-Nr.	Modell	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	Mitwirkung Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	Anteil Mitw. %	Abweichende Abschluss-Agentur			
-	-								%	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ

  

**■ Antragsteller (Versicherungsnehmer)**

1 Herr  
 2 Frau  
 4 Firma

**Berufliche Stellung**

Angestellter der Privatwirtschaft (3)  
 Gewerblicher Arbeitnehmer (4)  
 Selbstständiger Handwerker (9)  
    Seit

Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1)  
    Seit

Beamter/öffentlicher Dienst (2)  
 Hausfrau/-mann (6)  
 Rentner, Pensionär (5)  
 Schüler, Auszubildender, Student (7)  
 nicht bekannt, berufslos (0)

Titel, Vorname, Nachname		
Straße, Hausnummer		
Länderkennzeichen	Postleitzahl	Wohnort
<b>D-</b>		
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname
Staatsangehörigkeit		Telefon
Derzeitige Tätigkeit		E-Mail
Beruf (Ausbildung)		Branche

  

**■ Identifizierungspflicht nach dem Geldwäschegesetz (entfällt bei Genius BasisRente, Grundfähigkeitsversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung)**

**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.**

**Identifizierungspflicht** (ist grundsätzlich immer anhand eines Ausweisdokumentes vorzunehmen und eine gut lesbare Ausweiskopie beizufügen)

**Erkundungspflicht** (immer erforderlich)

Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und nicht auf der einer anderen Person.  
Falls dies nicht zutrifft, bitte hier ►

  

**■ Persönliche Steueridentifikations-Nr. des Versicherungsnehmers/der versicherten Person (nur für Tarife ARC, ARCE, IR, IRE, FRH, FRHE, FBRH, FBRHE oder SR) bzw. eines anderen Bezugsberechtigten im Erlebensfall (nur für Tarif SR) in Deutschland**

  

**■ Steuerliche Ansässigkeit des Versicherungsnehmers außerhalb Deutschlands**

[nur für klassische und fondsgebundene Rentenversicherungen (außer Genius BasisRente) und für Tarif VSE, siehe Erläuterungen am Ende des Dokumentes]

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Erläuterungen am Ende des Dokumentes und die Hinweise zu den Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit.

Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n:	
Land der steuerlichen Ansässigkeit	Ausländische Steueridentifikationsnummer



**Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)**

- 1 Herr  
 2 Frau

Bei Genius BasisRente ist keine andere Person als der Versicherungsnehmer möglich.

Die zu versichernde Person und die ggf. mitzuversichernde Person hat/haben sich ausgewiesen durch ihren Personalausweis, Reisepass oder Führerschein.

**Berufliche Stellung**

- Angestellter der Privatwirtschaft (3)  
 Gewerblicher Arbeitnehmer (4)  
 Selbstständiger Handwerker (9)  
 Seit   
 Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1)  
 Seit   
 Beamter/öffentlicher Dienst (2)  
 Hausfrau/-mann (6)  
 Rentner, Pensionär (5)  
 Schüler, Auszubildender, Student (7)  
 nicht bekannt, berufslos (0)

Titel, Vorname, Nachname		
Straße, Hausnummer		
Länderkennzeichen	Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname
Staatsangehörigkeit		Telefon
Derzeitige Tätigkeit		E-Mail
Beruf (Ausbildung)		Branche

**Mitzuversichernde Person**

- 1 Herr  
 2 Frau

(nur bei Tarifen SR mit W, FRH mit WAF, SPV oder SBV; bei Tarifen SPV und SBV Formular 20439 beifügen)

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

**Klassische Rentenversicherung**

Tarife (siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

- Kapitalwahlrecht ausgeschlossen

Beginn der Versicherung	Tag	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Alter bei vereinbartem Rentenbeginn:	Jahre
	01								

<b>Garantierte Leistungen im Erlebensfall</b> (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	<b>Altersrente</b> (bei Tarif SR) <b>Mindestrente</b> (bei Tarifen ARC, ARCE, IR, IRE)		<b>EUR</b>
	<b>Rentenzahlung</b> <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich		
<b>Garantie-Kapital</b> (bei Tarifen ARC, ARCE, IR, IRE)		<b>EUR</b>	
<b>Garantierte Leistungen im Todesfall</b> (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	<b>Bis zum vereinbarten Rentenbeginn</b>	Tarife ARC, ARCE, IR oder IRE	Gesamt-Kapital
	<b>Ab vereinbarten Rentenbeginn</b>	Tarife ARC, ARCE, IR oder IRE	10 Jahre Rentengarantiezeit oder _____ Jahre Rentengarantiezeit
		Tarif SR	90 % Beitragsrückgewähr (abzüglich gezahlter garantierter Renten und Bonusrente im 1. Versicherungsjahr) oder _____ % Beitragsrückgewähr (abzüglich gezahlter garantierter Renten und Bonusrente im 1. Versicherungsjahr) oder _____ Jahre Rentengarantiezeit
<b>Überschussverwendung</b> (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)			
<b>Bis zum vereinbarten Rentenbeginn:</b>	Anlage im Sicherungsvermögen (bei Tarifen ARC, ARCE) Indexbeteiligung: Index Multi-Asset Strategie (bei Tarifen IR, IRE)		
<b>Ab vereinbartem Rentenbeginn:</b>	<input type="checkbox"/> Steigende Bonusrente <input type="checkbox"/> Rentenerhöhung <input type="checkbox"/> Bonusrente (Informationblatt erforderlich)	<b>Gesamtrente inkl. Überschuss im 1. Versicherungsjahr (gilt nur bei Tarif SR)</b>	<b>EUR</b>

**Fondsgebundene Rentenversicherung**

Tarife (siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

Produktvariante ProZukunft

<b>Beginn der Versicherung</b>	Tag 01	Monat	Jahr	Eintritts- alter:	Jahre	Beitragszah- lungsdauer:	Jahre	Alter bei vereinbartem Rentenbeginn:	Jahre
--------------------------------	-----------	-------	------	----------------------	-------	-----------------------------	-------	---	-------

**Garantierte Altersrente** je 10.000 EUR Rentengarantiekapital  
entsprechend Rentenzahlung (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen) **EUR**

Kapitalwahlrecht ausgeschlossen. Bei den Tarifen FBRH und FBRHE gibt es kein Kapitalwahlrecht.

**Rentenzahlung**

Monatlich (bei den Tarifen FBRH und FBRHE immer vereinbart)  
 Vierteljährlich     Halbjährlich     Jährlich

**Garantierte Leistungen im Todesfall** (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

**Vor Beginn der Phase des flexiblen Rentenübergangs** **EUR** (0 % bis 200 % der Beitragssumme der Hauptversicherung bei den Tarifen FRH und FRHE, 0 % bis 60 % bei den Tarifen FBRH und FBRHE)

**Ab vereinbartem Rentenbeginn:** 10 Jahre oder \_\_\_\_\_ Jahre  
**Rentenzahlung für mindestens** (Für die Tarife FBRH und FBRHE siehe Versicherungsbedingungen)

**Garantieformen** (bitte genau eine Garantieform auswählen)

Garantieplan und Beitragsgarantie     Beitragsgarantie  
 Garantieplan     ohne Garantie

(Garantieplan: stufenweise, von der Fondsentwicklung abhängige Anhebung des Garantie-Guthabens, siehe auch Versicherungsbedingungen)

**Garantie-Guthaben aus Beitragsgarantie zum vereinbarten Rentenbeginn:** (0 % bis 90 % der Beitragssumme der Hauptversicherung)  
 (bei Garantieform „Garantieplan“ bzw. „ohne Garantie“ immer 0 %)  
 Voraussetzung ist eine durchgehende Zahlung der vereinbarten Beiträge. \_\_\_\_\_ %

**Überschussverwendung** (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)

**Bis Rentenbeginn:** Anlage im Gesamt-Guthaben

**Ab vereinbartem Rentenbeginn:**

Steigende Bonusrente     Rentenerhöhung  
 Bonusrente (Informationblatt erforderlich)

**Fondsauswahl**

Nur auszufüllen bei Tarifen FRH, FRHE, FBRH und FBRHE.

Bei der Produktvariante ProZukunft können Sie sich zwischen der nachhaltigen und einer individuellen Anlagestrategie entscheiden. Bei einer individuellen Anlagestrategie können Sie ausschließlich in eine qualitätsgeprüfte Auswahl nachhaltiger Fonds investieren, die ökologische und/oder soziale Kriterien berücksichtigen.

**Nur ausfüllen, falls eine individuelle Anlagestrategie gewünscht ist.**

<b>Anlagestrategie</b>	<input type="checkbox"/> <b>ertragsorientiert</b> 50% W&W Euroland- Renditefonds 50% W&W Internationaler Rentenfonds	<input type="checkbox"/> <b>gewinnorientiert mit Vermögensverwaltung</b> 100% W&W Vermögens- verwaltende Strategie	<input type="checkbox"/> <b>gewinnorientiert</b> 40% W&W Europa-Fonds 40% W&W Global-Fonds 20% W&W Quality Select Aktien Welt	<input type="checkbox"/> <b>nachhaltig</b> 50% W&W Nachhaltige Strategie 50% W&W Nachhaltige Strategie Aktien	<input type="checkbox"/> <b>risikoorientiert</b> 40% W&W Quality Select Aktien Welt 40% W&W Quality Select Aktien Europa 20% W&W Global Fonds
------------------------	--	--	---	--	---

Die von mir gewählte Anlagestrategie beinhaltet Fonds verschiedener Risikoindikatoren. Diese können den Fondsbeschreibungen der einzelnen Fonds entnommen werden.

Individuelle Anlagestrategie		
<input type="checkbox"/> Ich möchte eine individuelle Fondsauswahl vornehmen und wähle bis zu 5 Fonds:	Risikoindikator	Aufteilung (Summe 100 %)
		%
		%
		%
		%
		%

**Risikolebensversicherung**

Tarife (siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

Risikoklasse der zu versichernden Person

Risikoklasse der mitzuversichernden Person (nur bei Tarifen SPV, SBV)

<b>Beginn der Versicherung</b>	Tag	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Versicherungsdauer:	Jahre
	0	1							

**Garantierte Leistung im Todesfall** (bei Vereinbarung eines konstanten Todesfallschutzes) **EUR**

**Garantierte Leistungen im Todesfall** (bei Vereinbarung eines flexiblen Todesfallschutzes)

Im 1. Versicherungsjahr **EUR** Im . Versicherungsjahr **EUR**

Im . Versicherungsjahr **EUR** Im letzten Versicherungsjahr **EUR**

**Überschussverwendung** (Hinweise zur Überschussbeteiligung  Beitragsverrechnung siehe Versicherungsbedingungen  Todesfall-Bonus)

**Bestehende Versicherungen** (Nur Todesfall-Leistungen bei unserer Gesellschaft anzugeben)

**Sterbegeldversicherung Vermögensschutz Premium**

Tarife (siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

<b>Beginn der Versicherung</b>	Tag	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Versicherungsdauer:	Jahre
	0	1							

**Garantierte Leistung im Todesfall** (bei Tarif ST) **EUR**

**Garantierte Mindest-Todesfall-Leistung** (bei Tarif VSE in den ersten 3 Jahren 100 % Beitragssumme) **EUR**

Im 1.-3. Versicherungsjahr **EUR** ab dem 4. Versicherungsjahr **EUR**

**Überschussverwendung** (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen) Tarif VSE: Ansammlungsbonus

**Berufsunfähigkeitsversicherung**

Tarife (siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

<b>Beginn der Versicherung</b>	Tag	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsendalter:	Jahre	Versicherungsendalter:	Jahre	Leistungsendalter <sup>1)</sup> :	Jahre
	0	1									

<sup>1)</sup> Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt.

**Garantierte Berufsunfähigkeitsrente** entsprechend Rentenzahlung **EUR**

**Rentenzahlung**  Monatlich  Vierteljährlich  Halbjährlich  Jährlich

**Überschussverwendung** vor Eintritt der Berufsunfähigkeit:  Fondsanlage  Beitragsverrechnung

**Fondsanteile** (Fondsbeschreibung siehe Verbraucherinformationen): **W&W Quality Select Aktien Welt zu 100 %**

**Garantierte Rentensteigerung, sobald Leistungspflicht besteht.\*** Jährliche Steigerung:  1 %  2 %  3 %

**Karenzzeit:\***  3 Monate  6 Monate  9 Monate  12 Monate  15 Monate  18 Monate  21 Monate  24 Monate

(Bei einer Karenzzeit von 9 oder 12 Monaten muss das Leistungsende mindestens 1 Jahr nach dem Versicherungs- und Beitragszahlungsende liegen. Bei einer Karenzzeit über 12 Monate muss das Leistungsende mindestens 2 Jahre später sein.)

**Ausschluss rückwirkende Anerkennung\***

**Doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall\*** (nicht mit der garantierten Rentensteigerung kombinierbar)

**Baustein Alltagsfähigkeiten\*** (Die versicherte Person muss mindestens 15 Jahre alt sein.) (nicht mit der doppelten Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall kombinierbar)

**Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung (Tarif AUZ)\*** (nur bei monatlicher Beitrags- und Rentenzahlweise) (nicht mit der Karenzzeit und / oder mit dem Ausschluss rückwirkende Anerkennung kombinierbar)

Führt die Beantragung der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung zu einer Ablehnung, so soll mit den zugrundeliegenden Gesundheitsangaben die selbstständige Grundfähigkeitsversicherung geprüft werden.

**Grundfähigkeitsversicherung**

Tarife (siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

<b>Beginn der Versicherung</b>	Tag	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsendalter, Versicherungsendalter, Leistungsendalter <sup>1)</sup> :	Jahre
	0	1					

<sup>1)</sup> Der Ablauftermin der Leistungsdauer ist derjenige Jahrestag der Versicherung, der dem – dem Leistungsendalter entsprechenden – Geburtstag der zu versichernden Person am nächsten liegt.

**Garantierte monatliche GF-Rente** **EUR**

**■ Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**  
(siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)  
(nicht bei Tarif ST oder VSE; bei Tarif SPV oder SBV ist der Einschluss nur für die zu versichernde Person möglich.)

**■ Unfall-Zusatzversicherung**  
(siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

**■ Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung**  
(siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

**■ Waisen-Zusatzversicherung**  
(siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

**■ Todesfall-Zusatzversicherung**  
(siehe Rubrik „Tarifbezeichnung“ am Ende des Dokumentes)

**■ Beitrag**  
\* Bei Wahl der **Grundfähigkeitsversicherung** ist nur die monatliche Zahlungsweise möglich.

\* Bei Wahl der **Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung** ist nur die monatliche Zahlungsweise möglich.

**■ Anpassungsvereinbarung**  
(nicht bei Risikolebensversicherungen, Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

\* Bei Tarif GFRV: Ist die versicherte Person noch keine 15 Jahre alt, ist nur eine Dynamik von 1 % oder 2 % zulässig.

<input type="checkbox"/> <b>Beitragsbefreiung</b> (Tarif BU ____) <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> <b>Garantierte BU-Rente</b> (Tarif BU ____) <sup>1)</sup>		
<sup>1)</sup> Hier Tarifzusatz eintragen (1+, 1, 2+, 2, 3 oder 4)		Ablaufalter für Beitragsbefreiung (Tarif BU)	Jahre
BU-Rente entsprechend Zahlungsweise	EUR	Ablaufalter für Versicherungsdauer (Tarif BUR)	Jahre
<b>BU-Rente: Monatlich</b>	oder _____	Ablaufalter für Leistungsdauer (Tarif BUR)	Jahre

**Tarif U/UV**  
(nur in Verbindung mit den Tarifen SP, SPV, SB, SBV)  
Die Höhe der Zusatzleistungen entspricht der Höhe der Todesfall-Leistung der Hauptversicherung im 1. Versicherungsjahr, jedoch höchstens 250.000 EUR. Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen.

<input type="checkbox"/> <b>Tarif W</b> Nur in Verbindung mit Tarif SR möglich. _____ % der Altersrente oder entsprechend Rentenzahlung	EUR
--	-----

**Tarif WAF**  
(nur in Verbindung mit Tarif FRH und nicht bei Einschluss der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)

**Tarif SZ**  
(nur in Verbindung mit den Tarifen ARC, ARCE)  
Garantierte Leistung im Todesfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Beitragsrückgewähr oder  konstante Todesfall-Leistung in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR;  
nur Tarif ARC (60% bis 100% der Beitragssumme der Hauptversicherung)

**Klassische und Fondsgebundene Rentenversicherung, Risikolebensversicherung, Grundfähigkeitsversicherung**

<b>Zahlungsweise*</b>	<input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> Einmalig (nicht bei den Tarifen SP, SPV, SB, SBV, ST oder GFRV)	<b>Gesamtbeitrag</b> (Rundungsdifferenz ist möglich)
		EUR
Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr (nur bei Tarifen SP, SPV, SB, SBV oder GFRV – Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)		EUR

**Berufsunfähigkeitsversicherung**

<b>Zahlungsweise*</b>	<b>Gesamtbeitrag</b> (Rundungsdifferenz ist möglich)	EUR	Bei der Einsteiger-BU (Tarif BURVN) handelt es sich jeweils um den Anfangsbeitrag zu Beginn der Staffelpause. Der Beitrag steigt jährlich bis zum 11. Versicherungsjahr an (siehe Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung).
<input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich	Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr	EUR	
(Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)			
	<b>Gesamtbeitrag ab 11. Versicherungsjahr</b>	EUR	nach Beendigung der Staffelpause (nur bei der Einsteiger-BU [Tarif BURVN])

**Klassische und Fondsgebundene Rentenversicherung**

Die jährliche Anpassung des Gesamtbeitrages erfolgt entsprechend der Steigerung des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung (West), mindestens jedoch um 5 % des Vorjahresbeitrages oder

um jährlich (nicht möglich bei Genius BasisRente) \_\_\_\_\_ % des Vorjahresbeitrages (möglich sind 5 % bis 10 %, bzw. 5 % bei Einschluss von Tarif BU oder BUR).

Eine Erhöhung wird nicht gewünscht.

**Berufsunfähigkeitsversicherung und Grundfähigkeitsversicherung**

Die Anpassung des Gesamtbeitrages erfolgt um jährlich 3% des Vorjahresbeitrages\* oder

um jährlich \_\_\_\_\_ % des Vorjahresbeitrages (möglich sind 1 % bis 5 %)\*.

entsprechend der Steigerung des Höchstbeitrages in der gesetzlichen Rentenversicherung (West), mindestens jedoch um 5 % des Vorjahresbeitrages\*.

Eine Erhöhung wird nicht gewünscht.

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

**Bezugsrecht**

(auch für die im Versicherungsfall auszahlende Überschussbeteiligung)

<b>PrivatRente, PrivatRente Klassik-Clever, PrivatRente IndexClever, Genius PrivatRente</b>	<b>Im Erlebensfall</b>	<input type="checkbox"/> <b>der Antragsteller (Versicherungsnehmer) oder</b> <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift
	<b>Im Todesfall</b>	<input type="checkbox"/> <b>der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist</b> oder <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift

<b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>  <b>Grundfähigkeitsversicherung</b>	<b>Im Leistungs- bzw. Erlebensfall</b>	<input type="checkbox"/> <b>die versicherte Person</b> oder <input type="checkbox"/> <b>der Antragsteller (Versicherungsnehmer)</b> Der Versicherungsnehmer ist: <input type="checkbox"/> Elternteil-/ Großelternanteil der zu versichernden Person oder <input type="checkbox"/> Ehegatte der zu versichernden Person
	<b>Im Todesfall</b>	<input type="checkbox"/> <b>der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist</b> oder <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift

Wünschen Sie ein **anderes Bezugsrecht**, so muss geprüft werden, ob der Vertrag **versicherungsteuerpflichtig** wird.  
Geben Sie bitte Name, Geburtsdatum und Anschrift an.

<b>Genius BasisRente</b>  gegebenenfalls auch mit BU, BUR	<b>Im Erlebensfall</b>	<b>unwiderruflich der Versicherungsnehmer</b>
	<b>Im Todesfall</b>	Eine Rentenauszahlung ist nur an die versorgungsberechtigten Hinterbliebenen im Sinne des Einkommensteuergesetzes (EStG) möglich. Diese sind in nachstehender Reihenfolge bezugsberechtigt: 1) der Ehegatte bzw. eingetragene Lebenspartner; 2) Kinder, für die Sie einen Anspruch auf Kindergeld oder einen Kinderfreibetrag im Sinne des § 32 Absatz 6 EStG haben. Die Waisenrente wird auch für den Zeitraum gezahlt, in dem das Kind nur die Voraussetzungen des § 32 Absatz 4 Satz 1 EStG erfüllt.

<b>Risikolebensversicherung</b>  <b>Sterbegeldversicherung</b>  <b>Vermögensschutz Premium</b>	<b>Im Todesfall</b>	<input type="checkbox"/> <b>der Antragsteller (Versicherungsnehmer)</b> <input type="checkbox"/> <b>der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist/ bei den Tarifen SPV und SBV die überlebende versicherte bzw. mitversicherte Person</b> <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift
--	---------------------	--

**Bezugsrecht Zusatzversicherung**

(auch für die im Versicherungsfall auszahlende Überschussbeteiligung)

<b>Zusatzversicherung BU-Rente außer zur Genius-BasisRente</b>	<b>Im Leistungsfall der BU-Rente</b>	<input type="checkbox"/> <b>die versicherte Person</b> oder <input type="checkbox"/> Wünschen Sie ein <b>anderes Bezugsrecht</b> , so muss geprüft werden, ob der Vertrag <b>versicherungsteuerpflichtig</b> wird. Geben Sie bitte Name, Geburtsdatum und Anschrift an.
--	--------------------------------------	--

**Besondere Vereinbarungen/Hinweise**

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

--

**Hypothek:**  Policierung sofort  Policierung nach Darlehensannahme  Hypothekenzertifikat WL  
(nicht bei Berufsunfähigkeitsversicherung)

**Nachversicherungsoption:**

(Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen ist das Formular LP063, bei Grundfähigkeitsversicherungen das Formular 21649 und bei Risikolebensversicherungen nach Tarif SP, SB oder SPV, SBV das Formular LP084 beizufügen. Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen.)

Mit diesem Antrag wird die Nachversicherung zu Versicherungs-Nr.

-  -  beantragt.

**Indexbeteiligung (Tarife IR, IRE):**

Bis auf weiteres wünsche ich die Indexbeteiligung. Ich benötige kein jährliches Wahlschreiben zur Anpassung meines Wunsches. Diese Entscheidung kann ich jederzeit ändern.

■ Fragen an die zu versichernde Person

**Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht und zur Beantwortung der Fragen**

- a) Die Gesundheitsfragen müssen grundsätzlich beantwortet werden, falls nicht eine der nachfolgend beschriebenen Ausnahmen vorliegt. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen entfällt bei
- Tarif SR
  - Tarif VSE
  - Todesfall-Zusatzversicherung mit Beitragsrückgewähr und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer bei „Tarifen ohne Gesundheitsfragen“ [siehe „Tarife ohne Gesundheitsfragen“])
  - den Tarifen ARC, ARCE, IR, IRE ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und ohne Todesfall-Zusatzversicherung mit konstanter Todesfall-Leistung (außer bei den Tarifen BU ohne Gesundheitsfragen oder Todesfall-Zusatzversicherung mit konstanter Todesfall-Leistung ohne Gesundheitsfragen [siehe „Tarife ohne Gesundheitsfragen“])
  - den Einmalbeitragstarifen FRHE mit einer garantierten Mindest-Todesfall-Leistung von maximal 100 % des Einmalbeitrages und FBRHE mit einer garantierten Mindest-Todesfall-Leistung von maximal 60 % des Einmalbeitrages
  - den Genius-Tarifen FRH ohne garantierte Mindest-Todesfall-Leistung und ohne Waisen-Zusatzversicherung nach Tarif WAF und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer Tarif BU ohne Gesundheitsfragen [siehe „Tarife ohne Gesundheitsfragen“])
  - den Tarifen BURV, BURVN, GFRV, falls die versicherte Person jünger als 15 Jahre ist. Stattdessen muss der Fragebogen 21565 mit den „Gesundheitsdaten für Kinder unter 15 Jahre“ ausgefüllt werden.
- b) Auf die Beantwortung der Gesundheitsfragen kann verzichtet werden, wenn nachfolgende Bedingungen erfüllt sind. Für diesen Fall gilt eine **3-jährige Wartezeit** als vereinbart.
- Bei Genius-Tarifen:
    - garantierte Mindest-Todesfall-Leistung bis maximal 60 % der Beitragssumme
    - garantierte Mindest-Todesfall-Leistung bis maximal 120.000 EUR
    - maximales Endalter der versicherten Person für die Beitragszahlungsdauer 70 Jahre
    - keine Zusatzversicherungen (außer Tarif WAF bis 300 EUR Monatsbeitrag oder Tarif BU ohne Gesundheitsfragen [siehe „Tarife ohne Gesundheitsfragen“])
  - mit Wartezeit
- c) Auf Beantwortung der Gesundheitsfragen wird bei der Sterbegeldversicherung (Tarif ST) verzichtet. Hier gilt generell eine 3-jährige Wartezeit.
- d) Bei Beantwortung der Gesundheitsfragen über die Risikoprüfungsanwendung, kann der Abschnitt „Fragen an die zu versichernde Person“ im Antrag entfallen.

■ Fragen an die mitzuversichernde Person

**Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht und zur Beantwortung der Fragen**

Bei Einschluss einer Waisen-Zusatzversicherung nach dem Tarif WAF in den Genius-Tarif FRH müssen die Gesundheitsfragen von der mitzuversichernden Person zusätzlich mit Formular 20439 ausgefüllt werden.

Auf die Beantwortung der Gesundheitsfragen kann bei einem Monatsbeitrag bis 300 EUR durch die mitversicherte Person verzichtet werden, sofern auch auf die Beantwortung der Gesundheitsfragen durch die versicherte Person verzichtet und eine 3-jährige Wartezeit vereinbart wird. In diesem Fall gilt auch für den Tarif WAF eine 3-jährige Wartezeit als vereinbart. Innerhalb der ersten 3 Jahre wird im Todesfall der mitversicherten Person keine Leistung fällig.

mit Wartezeit

■ Fragen an die zu versichernde Person

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 Anlage „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ (direkt im Anschluss an dieses Antragsformular).**

■ **Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)**

Bei den Gesundheitsfragen nennen Sie uns bitte die Ihnen bekannten ärztlichen Diagnosen oder beschreiben Sie Ihr vorhandenes Beschwerdebild mit Ihren eigenen Worten. Dabei ist wichtig, dass Sie alle Ihnen bekannten Gefahrumstände angeben, auch die, die möglicherweise für Sie keine oder nur eine geringe Bedeutung haben oder die aus Ihrer Sicht noch nicht die Schwere einer Krankheit aufweisen.

Uns ist bewusst, dass es für Sie schwierig werden kann, über längere Zeiträume Aussagen zu treffen. Wenn Sie sich nicht sicher sind, empfehlen wir Ihnen, sich vor Beantwortung der Fragen – z. B. bei Ihrem behandelnden Arzt oder Therapeuten – über die jeweilige Gesundheitslage genau zu informieren. So können Sie uns behilflich sein, schnell und kostengünstig über Ihren Antrag zu entscheiden, damit Sie so rasch wie möglich den gewünschten Versicherungsschutz bekommen. Nachfolgend nennen wir Ihnen zu jedem Fragenbereich Beispiele (in Klammern aufgeführt), die Ihnen die Beantwortung erleichtern sollen.

Bitte beachten Sie, dass diese Beispiele nicht vollständig alle möglichen Krankheitsbegriffe aus dem jeweiligen Fragenbereich umfassen, d. h. die Beispiele entsprechen keiner abschließenden Aufzählung. Wenn also nicht aufgeführte Erkrankungen oder nicht aufgeführte Beschwerden oder Störungen vorliegen, geben Sie uns diese bitte ebenfalls an. Bitte nennen Sie uns auch Ihre derzeitige konkrete Tätigkeit, sowie Ihre Ausbildung. Beachten Sie, dass wir für die Angemessenheitsprüfung das korrekte Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit pro Jahr benötigen.

**Genetische Untersuchungen**

Wir weisen darauf hin, dass wir den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung genetischer Untersuchungen oder Analysen abhängig machen und diese nicht verlangen. **Sie müssen uns jedoch Vorerkrankungen und Erkrankungen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzeigen, auch wenn in diesem Zusammenhang genetische Untersuchungen oder Analysen vorgenommen wurden.** Sie müssen uns jedoch keine genetischen Untersuchungen mitteilen, die allein mit dem Ziel vorgenommen wurden, eine erst zukünftig auftretende Erkrankung oder gesundheitliche Störung abzuklären. Diese Ausnahme von der Anzeigepflicht gilt nicht, wenn eine Todesfall-Leistung von mehr als 300.000 EUR oder mehr als 30.000 EUR jährliche Berufsunfähigkeitsrente vereinbart wird.

Versicherung  ohne ärztliche Untersuchung  mit ärztlicher Untersuchung

Die ärztliche Untersuchung wurde veranlasst bei (Name/Anschrift des Arztes):

Herr  Frau

**Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand**

1.1	Wie sind Ihre derzeitigen <b>Körpermaße</b> ? <b>Größe</b> _____ cm <b>Gewicht</b> _____ kg			
		<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (z.B. welches Leiden)</b>
1.2	Bestehen <b>körperliche oder geistige Schäden/ Behinderungen oder eine angeborene Erkrankung</b> (z. B. Taubheit, Blindheit, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, weitere Sinnesorgane, Amputationen, Versteifungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenschäden, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3	Wer ist Ihr <b>Hausarzt</b> bzw. <b>welcher Arzt</b> kann über Ihre <b>Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft</b> geben? Bitte Namen und Anschrift angeben! <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau			

**Fragen zu besonderen Gefahren und Auslandsaufenthalten**

		<b>Nein</b>	<b>Ja</b>	<b>Wenn ja, bitte entsprechenden Zusatzfragebogen ausfüllen</b>
2.1	Sind Sie besonderen Gefahren im <b>Beruf</b> (z. B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/ Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten) oder bei <b>Sport und Hobby</b> (z. B. Flugsport aller Art, Motorsport (nur anzugeben bei Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit), Bergsport (nur anzugeben bei Bergsteigen über 5.000 m Höhe, Klettern ab Schwierigkeitsgrad 7 UIAA (In- oder Outdoor), Klettersteiggehen ab Schwierigkeitsgrad D, Solo-, Speed-, Höhlen-, Gebäude-, Wettkampf-, Eisklettern oder Freeclimbing sowie Expedition/Erstbegehung), Tauchsport, Reitsport, Kampfsport oder andere Extremsportarten) ausgesetzt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	Beabsichtigen Sie, innerhalb der <b>nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land</b> zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? Veranlassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■ Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten <b>10 Jahren</b>				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
3.1	Waren Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> in einer <b>Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik)</b> , haben Operationen stattgefunden oder sind Klinikaufenthalte oder Operationen in den <b>nächsten 12 Monaten</b> ärztlich empfohlen oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2	Nehmen oder nahmen Sie in den <b>letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel</b> oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3	Werden oder wurden Sie in den <b>letzten 10 Jahren</b> wegen der <b>Folgen von Alkoholenuss</b> beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten <b>5 Jahren</b>				
4.	Sind oder waren Sie in den <b>letzten 5 Jahren</b> bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in <b>Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung wegen Krankheiten, Organveränderungen oder Beschwerden...</b>	Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
4.1	... des <b>Herzens, des Kreislaufes oder der Gefäße</b> (z. B. Bluthochdruck, Herz- oder Herzklappenfehler [auch angeborene], Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2	... an <b>Lunge, Bronchien, Zwerchfell</b> (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemnot, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Lungenemphysem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3	... an <b>Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz</b> (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4	... an <b>Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust</b> (z. B. Nierenentzündung, Steinleiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5	... des <b>Stoffwechsels oder der Schilddrüse</b> (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung [z. B. Cholesterin], Gicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6	... der <b>Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen</b> (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7	... durch <b>akute oder chronische Infektionen</b> (z. B. Malaria, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten, HIV, Covid-19)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8	... der <b>Psyche</b> (z. B. Angststörung, Depression, Essstörung, ADHS, chronische Schmerzen, traumatische Ereignisse)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.9	... des <b>Gehirnes oder Nervensystems</b> (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Migräne, Kopfschmerzen oder Demenz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.10	... der <b>Wirbelsäule, Bandscheiben</b> (z. B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Hexenschuss, Muskelverspannungen, Bandscheibenvorfall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.11	... der <b>Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, Muskeln</b> (z. B. vorzeitige Abnutzung, rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.12	... der <b>Haut, Allergien</b> (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-] Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.13	... der <b>Augen</b> (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

■ Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren (Fortsetzung)			
4.14	... der <b>Ohren</b> (z. B. Ohrensausen [Tinnitus], vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15	Waren Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> vor Antragstellung wegen ein und derselben Erkrankung, die nicht unter 4.1 bis 4.14 fällt, häufiger als zweimal in <b>Behandlung, Beratung oder Kontrolle</b> (z. B. bei Ärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten. Nicht anzugeben sind grippale Infekte sowie Zahnbehandlungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16	Haben Sie <b>derzeit</b> oder hatten Sie in den <b>letzten 3 Monaten</b> Beschwerden in einem der unter 4.1 bis 4.14 genannten Bereiche? (Bitte auch Beschwerden angeben, wegen derer Sie weder beraten, untersucht oder behandelt wurden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren			
		<b>Nein</b>	<b>Ja</b> <b>Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen</b> (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
5.1	Sind Sie in den <b>letzten 5 Jahren ambulant operiert</b> worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Haben Sie in den <b>letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen</b> erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Bezogen Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> bzw. beziehen oder beantragen Sie eine <b>Rente</b> oder <b>Pension</b> aus gesundheitlichen Gründen bzw. wegen eines Unfalls oder haben Sie die Feststellung einer <b>Erwerbsminderung (MdE)</b> , <b>Wehrdienstbeschädigung (WDB)</b> oder <b>Schwerbehinderung (GdB)</b> bewirkt, beantragt, bzw. ist ein derartiger Antrag in den nächsten 3 Monaten vorgesehen? Bitte Rentenbescheid, Feststellungsbescheid oder Antrag beifügen!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Haben Sie innerhalb der <b>letzten 5 Jahre</b> einen <b>Selbsttötungsversuch</b> unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frage zu eingenommenen Medikamenten in den letzten 2 Jahren			
		<b>Nein</b>	<b>Ja</b> <b>Wenn ja, Name der Medikamente, wann und wie oft eingenommen</b>
6.1	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der <b>letzten 2 Jahre</b> wegen der unter den Nr. 1.2, 3.2 und 3.3 sowie 4.1 – 5.4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden <b>Medikamente</b> ? Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente der letzten 2 Jahre an, sofern Sie diese mehr als 2-mal wöchentlich nehmen oder nahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Angaben bei Beantragung einer Todesfallabsicherung			
7.	Haben Sie neben der beantragten Lebensversicherung noch <b>weitere Versicherungen auf Ihr Leben beantragt oder abgeschlossen</b> ? Wenn ja, bei welcher Gesellschaft und in welcher Höhe (Todesfallleistung inkl. Bonus)? Antwort der zu versichernden Person (VP): <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>EUR</b>	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft	
	<input type="checkbox"/> <b>EUR</b>	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft	
	<input type="checkbox"/> <b>EUR</b>	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft	

■ **Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)**

**Zusätzliche Angaben zum Beruf und zur Versorgungssituation (bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung und einer Grundfähigkeitsversicherung)**

		Nein	Ja	Wenn ja, ergänzende Angaben
8.1	Haben Sie in den <b>letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt?</b> Wenn ja, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.2	Haben Sie für den Fall der <b>Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit bzw. des Verlustes einer Grundfähigkeit sonstige Leistungen</b> zu erwarten bzw. haben Sie eine solche Absicherung beantragt? <input type="checkbox"/> <b>Nein</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> Wenn ja, geben Sie bitte jeweils Absicherungshöhe, Art der Versorgung (private Vorsorge, betriebliche Altersversorgung, Beamtenversorgung, berufsständische Versorgungswerke, Zusatzversicherung, sonstige Absicherungen (z. B. alternative Invaliditätsabsicherungen)), Art der Absicherung (Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit bzw. Verlust einer Grundfähigkeit), Gesellschaft <b>vollständig</b> an.			
	<input type="checkbox"/> <b>EUR</b>	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft
	<input type="checkbox"/> <b>EUR</b>	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft
	<input type="checkbox"/> <b>EUR</b>	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	<input type="checkbox"/> Württembergische <input type="checkbox"/> andere Gesellschaft

**Zusätzliche Frage zum Nikotinkonsum (nur bei Tarifen BURV, BURVN, GFRV oder bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher nach Tarif SP, SPV, SB oder SBV)**

		Nein	Ja	
9.1	Sind Sie <b>Nichtraucher</b> (Nichtraucher ist, wer in den <b>vergangenen 12 Monaten</b> vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak, Schnupftabak, Wasserpfeife, Shisha, E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, <b>in Zukunft</b> Nichtraucher zu bleiben.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bei Tarif SP, SPV, SB oder SBV: Wenn ja, beachten Sie bitte den „Wichtigen Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei einer Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher“.</b>
9.2	Sind Sie <b>Nichtraucher</b> (gemäß obiger Definition) <b>seit mindestens 10 Jahren?</b> (nicht bei Tarifen BURV, BURVN, GFRV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Folgen noch weitere Angaben?**

weitere Angaben/Unterlagen sind in einem verschlossenen Umschlag beigefügt

zu folgenden Fragen (bitte Nr. angeben) \_\_\_\_\_ reiche ich unmittelbar und unverzüglich an das Versicherungsunternehmen weitere Angaben nach (Kontaktdaten siehe am Ende des Dokumentes)

■ **Frage zum Nettoeinkommen der zu versichernden Person**

Wie hoch ist Ihr **jährliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit?** \_\_\_\_\_ EUR

■ **Tarife ohne Gesundheitsfragen**

Tarif BU (nicht bei Risikolebensversicherung) und Tarif SZ mit konstanter Todesfall-Leistung

**Es wird Tarif BU ohne Gesundheitsfragen beantragt.**  
 **Es wird Tarif SZ mit konstanter Todesfall-Leistung ohne Gesundheitsfragen beantragt.**

Nur möglich unter folgenden Voraussetzungen:

- monatlicher Gesamtbeitrag bis maximal 300 EUR pro versicherter Person
  - **Wartezeit von 3 Jahren** ist vereinbart (siehe Erklärungen und Hinweise).
- 1) Für den Tarif BU ohne Gesundheitsfragen gilt außerdem:
- Tritt die Berufsunfähigkeit der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre ein wird keine Leistung fällig.
  - maximales Eintrittsalter 57 Jahre
  - keine weiteren Zusatzversicherungen außer Todesfall-Zusatzversicherung
- 2) Für die Todesfall-Zusatzversicherung mit konstanter Todesfall-Leistung gilt außerdem:
- Bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre wird bei Tarif SZ nur die Summe der gezahlten Beiträge von der Haupt- und Zusatzversicherung (Tarif SZ) zurückerstattet.
  - maximales Endalter der versicherten Person für die Beitragszahlungsdauer 70 Jahre
  - maximale Todesfall-Leistung 120.000 EUR
  - keine weiteren Zusatzversicherungen außer BU ohne Gesundheitsfragen

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

(nur bei Risikolebensversicherung Premium oder Kompakt, Berufsunfähigkeitsversicherung und bei Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)

\* = einschließlich Magister

1.	Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):
2.	Bei Schülern Schulart (z. B. Gymnasium, Montessorischule):	Bei Studenten Studiengang (z. B. Maschinenbau, Medizin):
3.	<p><b>a) Bei Tarifen BURV, BURVN, SP(V), SB(V), BU und BUR zur Risikolebensversicherung:</b> Hat die zu versichernde Person einen Hochschulabschluss?</p>	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Diplom <input type="checkbox"/> Staatsexamen* <input type="checkbox"/> Keinen
	<p>Hat die zu versichernde Person eine Berufsausbildung oder eine qualifizierende Weiterbildung?</p>	<input type="checkbox"/> Kaufmann <input type="checkbox"/> Industrie <input type="checkbox"/> Handwerk <input type="checkbox"/> Techniker/Meister <input type="checkbox"/> Fachwirt/Betriebswirt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> Keine
	<p><b>b) BU und BUR zu ARC, IR, FRH, FBRH:</b> Welches ist der Grad der höchsten Ausbildung der zu versichernden Person?</p>	<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
4.	Welchen Anteil hat die Bürotätigkeit bzw. aufsichtführende Tätigkeit, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit der zu versichernden Person (nicht erforderlich bei Risikolebensversicherungen ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)?	<input type="checkbox"/> unter 25 % <input type="checkbox"/> 50 %-74 % <input type="checkbox"/> 25 %-49 % <input type="checkbox"/> 75 %-100 %
5.	<p>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?</p>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unter 5 <input type="checkbox"/> mindestens 10 <input type="checkbox"/> 5-9

Zu versichernde Person: Titel, Vorname, Nachname	Geburtsdatum	Ort, Antragsdatum
--	--------------	-------------------

**■ 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. 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) und 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 oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs 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](http://www.wuerttembergische.de/dienstleister) bei Eingabe des Produktcodes „LV79589“ eingesehen oder angefordert werden bei Württembergische Lebensversicherung AG, W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim, 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-Gruppe 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 weitere nach § 203 StGB geschützte 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 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. 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 Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

#### ■ Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer durch Einwilligung der zu versichernden Personen

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 der W&W-Gruppe und nachfolgend genannter weiterer Finanzdienstleister informiert.
- Ja, ich bin einverstanden, dass mich die W&W-Gruppe per **E-Mail, SMS, Messaging-Dienst oder Sozialem Netzwerk** über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe und nachfolgend genannter weiterer Finanzdienstleister informiert.

Weitere Erläuterungen dazu finden Sie unter Erklärungen und Hinweise. Die jeweilige Einwilligungserklärung kann ich jederzeit widerrufen. Mein Widerruf hat keinen Einfluss auf bestehende Verträge. Er wirkt erst für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

■ **Hinweise zu den Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit**

Gemäß dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz (FKAustG) und der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung (FATCA-USA-UmsVO) erheben wir mit diesem Formular auch Daten zu Ihrer steuerlichen Ansässigkeit. Wir verarbeiten diese Daten und melden bei einer steuerlichen Ansässigkeit in einem Staat, der einen steuerlichen Datenaustausch mit Wirkung für die Bundesrepublik Deutschland vereinbart hat, jährlich Ihre Daten an das Bundeszentralamt für Steuern (BZSt), das diese an die zuständige ausländische Steuerbehörde weiterleitet. Gemeldet werden jährlich zum 31.12. die erforderlichen Kundendaten, Steueridentifikations- sowie Versicherungsscheinnummern, (Brutto-) Rückkaufswerte und/oder Teilrückkäufe bzw. Auszahlungen des Versicherungsjahres. Es wird darauf hingewiesen, dass in diesem Sinne unrichtige oder unvollständige Angaben im Land der steuerlichen Ansässigkeit strafbar sein können.

Diese Selbstauskunft ersetzt alle vorausgegangenen Selbstauskünfte im Sinne des FKAustG oder der FATCA-USA-UmsVO.

Ich versichere, dass die Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit vollständig und zutreffend sind und verpflichte mich, zukünftige Änderungen unverzüglich mitzuteilen.

■ **Wichtig für den Antragsteller**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte den Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Anlage am Ende des Antragsformulars, 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 Antrages wurde vollständig zur Kenntnis genommen. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird hiermit versichert.

Beachten Sie bitte den „Wichtigen Hinweis bei Abschluss eines Tarifes mit Wartezeit ohne Gesundheitsfragen“ im Abschnitt „Erklärungen und Hinweise“, wenn Sie einen solchen Tarif beantragt haben.

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

■ **Risikoprüfungsprotokoll**  
Nur auszufüllen, wenn die Risikoprüfungsanwendung verwendet wurde.

**Wichtig!**

Das Risikoprüfungsprotokoll fasst unsere Fragen und Ihre Angaben zur Gesundheitsprüfung zusammen und enthält wichtige vertragliche Vereinbarungen. Das Ergebnis der Risikoprüfung ist jedoch unverbindlich. Wir behalten uns vor, dieses noch einmal zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen und Sie in diesem Fall zu informieren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- ich für die Beantwortung der Gesundheitsfragen anstelle der „Fragen an die zu versichernde Person“ im Antrag die Risikoprüfungsanwendung genutzt habe.
- ich das Risikoprüfungsprotokoll erhalten habe.

Falls das Risikoprüfungsprotokoll in elektronischer Weise (z.B. durch CD, E-Mail) zuzugang, bitte ankreuzen:

- Das Risikoprüfungsprotokoll habe ich in Textform auf elektronischem Weg erhalten. Hiermit bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

■ **Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen**

**Wichtig!**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorvertraglichen Dokumente vor Abgabe meiner Vertragserklärung in Textform erhalten habe.

Diese umfassen:

- Antragsformular
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten<sup>3)</sup>
- Information gemäß § 7 VVG
- Beratungsprotokoll
- Persönlicher Vorschlag/Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung
- Versicherungsbedingungen
- Produktinformationsblatt<sup>1)</sup>
- Steuerliche Informationen
- Basisinformationsblatt<sup>2)</sup>
- Datenschutzhinweise

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

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

1) nur bei Tarifen FBRH und FBRHE

2) nur bei Tarifen ARC, ARCE, IR, IRE, FRH, FRHE und VSE

3) nur bei Tarifen SP, SPV, SB, SBV, ST, BURV, BURVN, GFRV und SR

Die Tarifabkürzungen werden Ihnen ausführlich unter „Erklärungen und Hinweise“ aufgelistet.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (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.

**Zahlung des Einmalbeitrages**

- mittels SEPA-Lastschriftmandat (siehe unten)  
 Wiederanlage aus ablaufender Versicherung Nr. \_\_\_\_\_  
 oder \_\_\_\_\_

■ **Rentenzahlung bei sofort beginnender Rente**

Die Renten sind auf das nachfolgende im Abschnitt „SEPA-Lastschriftmandat“ angegebene Konto auszuführen.

■ **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, 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 Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG, der Württembergische Krankenversicherung AG.

**Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer**

Vorname, Nachname, Firma

Straße, 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.

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

■ **Ihr Widerrufsrecht**

**Sie haben ein 30-tägiges Widerrufsrecht. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein unter „Ihre Widerrufsbelehrung“.**

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

Ort | Datum

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

Unterschrift der zu versichernden Person (erforderlich, wenn diese nicht Antragsteller ist)

Unterschrift der mitzuversichernden Person (erforderlich bei Tarif SPV, SBV, W oder WAF)

Unterschrift(en) aller gesetzlichen Vertreter (immer erforderlich, wenn zu versichernde Person und/oder mitzuversichernde Person minderjährig ist/sind)

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 0 5 - -	Aktion-Kennzeichen	BeG-Kennzeichen
----------------	--------------------	-----------------

Kollektivnummer 0 1 - -	Verwaltungsgruppennummer 0 1 - -	Kollektivvereinbarungsnummer
----------------------------	-------------------------------------	------------------------------

# 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.

Bei der Hinterbliebenenrente gilt dies auch für die mitversicherte Person, wenn der Versicherungsnehmer/die versicherte Person stirbt.

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

### 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. Zur Änderung des Bezugsrechts sowohl im Todesfall als auch bei Berufsunfähigkeit ist zudem die Zustimmung der versicherten Person erforderlich. 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 Rückkaufswert. 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.

## Allgemeine Erläuterungen

### Steuerliche Ansässigkeit

**Natürliche Personen** sind grundsätzlich in dem Land steuerlich ansässig, wo sie ihren Lebensmittelpunkt haben, nämlich dort,

- wo sie einen Wohnsitz haben, also eine Wohnung unterhalten,
- oder wo sie sich nicht nur vorübergehend mehr als 6 Monate im Jahr aufhalten, also ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Ist der Steuerpflichtige in einem bestimmten Land steuerlich ansässig, dann wird er dort mit seinem sogenannten „Welteinkommen“ zur Einkommensteuer veranlagt. Hierbei kann es sein, dass ein Teil dieses Einkommens in einem anderen Land besteuert wird, nämlich dort, wo es erzielt wird (Quellenstaat). Dies ist beispielsweise bei Einkünften aus Vermietung regelmäßig der Fall, wenn eine im Ausland gelegene Immobilie vermietet wird. Grundlage für diese Besteuerung außerhalb des Wohnsitzstaates sind die zwischen den einzelnen Staaten vereinbarten „Doppelbesteuerungsabkommen“ (DBA). Diese „beschränkte“ Steuerpflicht in einem anderen Staat ändert nichts an der steuerlichen Ansässigkeit des Steuerpflichtigen im Wohnsitzstaat bzw. in dem Staat, wo er sich gewöhnlich aufhält.

**Juristische Personen**, insbesondere Kapitalgesellschaften, sind grundsätzlich dort steuerlich ansässig und unbeschränkt körperschaftsteuerpflichtig mit ihren gesamten Einkünften, wo sich der Ort der Geschäftsleitung oder der Firmensitz befindet. Kapitalgesellschaften können aber auch beschränkt körperschaftsteuerpflichtig sein mit ihren inländischen Einkünften, wenn weder die Geschäftsleitung noch der Firmensitz der Gesellschaft im Inland ist.

Die steuerliche Ansässigkeit ist bei Kapitalgesell-

schaften von Bedeutung, wenn diese Gesellschaft eine betriebliche Lebensversicherung, insbesondere Rückdeckungsversicherungen, im Betriebsvermögen bilanziert. Gleiches gilt für Direktversicherungen, wenn dem versicherten Arbeitnehmer nicht die Ansprüche aus der Versicherung in voller Höhe zustehen.

### Wichtige Hinweise

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

#### Wichtiger Hinweis bei Abschluss einer Genius BasisRente

Eine Kapitalauszahlung ist grundsätzlich nicht möglich – weder bei Kündigung noch im Todesfall. Bei Kündigung erfolgt eine Beitragsfreistellung mit ggf. herabgesetzten Leistungen. Bei Tod ist grundsätzlich nur eine Rentenzahlung an die versorgungsberechtigten Hinterbliebenen im Sinne des Einkommensteuergesetzes möglich – siehe Bezugsrecht (weitere Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen). Der Vertrag ist nicht übertragbar, beleihbar oder veräußerbar.

#### Wichtiger Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher (bei Tarif SP, SPV, SB oder SBV)

Wird die versicherte Person nach Vertragsabschluss vom Nichtraucher zum Raucher, verpflichtet sie sich, diese Gefährdung der Württembergische Lebensversicherung AG unverzüglich in Textform (z. B. per Brief, Fax oder E-Mail) mitzuteilen, damit die Versicherung in die entsprechende Risikogruppe mit dem dann dafür erforderlichen Beitrag umgestellt werden kann. Verletzen Sie diese Mitteilungspflicht vorsätzlich, reduziert sich die Leistung des Versicherers auf ein Viertel. Die grob fahrlässige Verletzung dieser Mitteilungspflicht kann zur Kürzung der Leistung des Versicherers führen.

#### Vorläufiger Versicherungsschutz bei den Tarifen FRH, FRHE, FBRH, FBRHE, SP, SPV, SB, SBV, BURV, BURVN, U, UV und SZ

Aufgrund des gestellten Antrages besteht Versicherungsschutz entsprechend den „Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz“ auf diesem Antragsformular.

#### 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.

#### Wartezeit bei Tarifen ohne Gesundheitsfragen

(außer Tarife FRHE und FBRHE mit max. 100% des Einmalbeitrages als Mindest-Todesfall-Leistung)

Bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre bei Tarif ST werden die gezahlten Beiträge unverzinst zurückerstattet. Bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre bei Tarifen FRH und FBRH beschränkt sich die Leistung im Todesfall auf das vorhandene Gesamt-Guthaben. Bei Einschluss des Tarifs WAF wird im Todesfall der mitversicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre keine Leistung fällig.

Bei Vereinbarung von Tarif BU ohne Gesundheitsfragen wird bei Berufsunfähigkeit der zu versichernden Person innerhalb der ersten 3 Jahre keine Leistung fällig.

Bei Tod der versicherten Person innerhalb der ersten 3 Jahre wird bei Tarif SZ nur die Summe der gezahlten Beiträge von der Haupt- und Zusatzversicherung (Tarif SZ) zurückerstattet.

Ausnahmen und weitere Details: siehe Versicherungsbedingungen.

#### Wichtiger Hinweis bei bestehenden Verträgen im W&W Konzern bei Abschluss eines Tarifs „bekannte Gesundheitsfragen“

Bereits bekannte Risiken bei Personenversicherern des W&W-Konzerns werden durch die Württembergische Lebensversicherung AG entsprechend geprüft und können zu einer Einschränkung/Ablehnung des Versicherungsschutzes bzw. einem erhöhten Beitrag führen. Die Württembergische Lebensversicherung AG behält sich das Recht vor, eine (ggf. erneute) Gesundheitsprüfung durchzuführen.

## 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
- 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
- AltmarkVersicherungsmakler 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

- Ombudsman

### Übertragene Aufgaben

Datenaustausch bei Beschwerden

## 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 Vermittler der Württembergische Versicherung AG oder der Wüstenrot Bausparkasse AG Ihre Kontaktdaten, um Sie über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe und nachfolgend genannter weiterer Finanzdienstleister per Telefon oder E-Mail, SMS, Messaging-Dienste (z. B. WhatsApp) oder Soziale Netzwerke (z. B. Facebook) informieren zu können. Bei den weiteren Finanzdienstleistern handelt es sich um die European Bank for Financial Services GmbH (85609 Aschheim), die Oldenburgische Landesbank AG (26016 Oldenburg), die Santander Consumer Bank AG (41061 Mönchengladbach) und die Creditplus Bank AG (70178 Stuttgart).

Wer nutzt Ihre Einwilligung?

Die für mich regional jeweils zuständigen Vermittler beider Gesellschaften, sowie die Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische-Gruppe:

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Lebensversicherung AG
- Württembergische Krankenversicherung AG
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Immobilien GmbH
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebspartner GmbH
- W&W Informatik GmbH
- W&W Asset Management GmbH
- Wüstenrot Haus- und Städtebau GmbH
- W&W Service GmbH
- W&W Interaction Solutions GmbH

Die Württembergische Versicherung AG sowie die genannten Personen/Unternehmen verarbeiten meine Daten zu Service- und Werbezwecken auf Grundlage des berechtigten Interesses nach Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO.

Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch gegen diese Verarbeitungen einzulegen.

Weitere Informationen zu unserem Umgang mit Ihren Daten und Ihre Rechte erhalten Sie im Internet beim jeweiligen Unternehmen. Eine Übersicht der Unternehmen finden Sie unter [www.wv-ag.com/de/impressen/impressen-uebersicht](http://www.wv-ag.com/de/impressen/impressen-uebersicht)

## Tarifbezeichnungen

(Erläuterungen siehe **Versicherungsbedingungen**)

### Klassische Rentenversicherungen

**Rentenversicherungen mit aufgeschobener Rentenzahlung**

- Tarif ARC, ARCE (PrivatRente KlassikClever)
- Tarif IR, IRE (PrivatRente IndexClever)

### Sofort beginnende Rentenversicherung

- Tarif SR (PrivatRente)

### Fondsgebundene Rentenversicherung

**Fondsgebundene Rentenversicherung mit aufgeschobener Rentenzahlung**

- Tarif FRH, FRHE (Genius PrivatRente, inklusive Produktvariante ProZukunft)
- Tarif FBRH, FBRHE (Genius BasisRente, inklusive Produktvariante ProZukunft)

## Risikolebensversicherungen

**Risikolebensversicherungen auf den Todesfall**

- Tarif SP (Risikolebensversicherung Premium)
- Tarif SB (Risikolebensversicherung Kompakt)
- Tarif SPV (Risikolebensversicherung Premium mit Partnerbaustein)
- Tarif SBV (Risikolebensversicherung Kompakt mit Partnerbaustein)

**Lebenslange Versicherung auf den Todesfall**

- Tarif ST (Sterbegeldversicherung)
- Tarif VSE (VermögensSchutz Premium)

## Berufsunfähigkeitsversicherungen

**Berufsunfähigkeitsversicherung**

- Tarif BURV

**Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung**

- Tarif BURVN

## Grundfähigkeitsversicherung

- Tarif GFRV

## Zusatzversicherungen

**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

- Tarif BU und BUR

**Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung**

- Tarif AUZ

**Todesfall-Zusatzversicherung**

- Tarif SZ

**Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung**

- Tarif W

**Waisen-Zusatzversicherung**

- Tarif WAF

**Unfall-Zusatzversicherung**

- Tarif U und UV (mit Partnerbaustein)

## Tarifzusätze

Bei Tarifen mit den Tarifzusätzen »K« handelt es sich um Kollektivtarife, bei dem Tarifzusatz »P« um Einzeltarife innerhalb von Kollektiv(-Rahmen)verträgen bzw. mit Bonusvereinbarung.

Bei der Berufsunfähigkeitsversicherung, der Grundfähigkeitsversicherung, der Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung und der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung gibt der jeweilige Tarifzusatz die Berufsklasse an (z. B. BUR2).

## Informationen zur Nachhaltigkeit

Sie finden auf unserer Internetseite [www.wuerttembergische.de/nachhaltigkeit](http://www.wuerttembergische.de/nachhaltigkeit) Informationen zur Nachhaltigkeit.

## Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz bei den Tarifen FRH, FRHE, FBRH, FBRHE, SP, SPV, SB, SBV, BURV, BURVN, U, UV und SZ

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, wir bieten Ihnen einen vorläufigen Versicherungsschutz. Dieser beginnt bereits an dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht. Die weiteren Regelungen finden Sie in diesen zusätzlichen Bedingungen.

### § 1 Welche Leistungen erbringen wir?

#### (1) Todesfall-Leistung

Wenn die versicherte Person stirbt, zahlen wir die beantragte Todesfall-Leistung.

Sofern Sie eine Unfall-Zusatzversicherung beantragt haben, zahlen wir zusätzlich die Leistung bei Unfalltod, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Unfall ist während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten.
- Der Unfall führt innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zum Tod.

Im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes zahlen wir insgesamt höchstens 200.000 EUR. Darin sind die Leistungen aus der Unfall-Zusatzversicherung enthalten.

Stirbt die versicherte Person vor ihrem 7. Geburtstag, so ist unsere Leistung auf 8.000 EUR beschränkt.

Diese Begrenzungen gelten auch, falls Sie höhere Leistungen beantragt haben.

#### (2) Berufsunfähigkeits-Leistung

Wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes berufsunfähig im Sinne unserer Bedingungen wird, müssen Sie uns dies innerhalb von 6 Monaten melden.

In diesem Fall zahlen wir die beantragte Berufsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch 12.000 EUR im Jahr. Außerdem befreien wir Sie von der Pflicht zur Zahlung Ihrer Beiträge.

Eine garantierte Rentensteigerung erfolgt nicht. Wir leisten keine doppelte Berufsunfähigkeitsrente bei Unfall. Jegliche Überschussbeteiligung entfällt.

Eine beantragte Karenzzeit und ein beantragter Ausschluss der rückwirkenden Anerkennung gelten auch für den vorläufigen Versicherungsschutz.

Unsere Leistungen enden, wenn

- die versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist oder
- die versicherte Person stirbt oder
- die beantragte Leistungsdauer endet.

Endet unsere Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und tritt danach erneut Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden wieder Leistungen nach § 1 Absatz 2 dieser Bedingungen erbracht.

#### (3) Höchstbetrag

Wenn mehrere Anträge für dieselbe versicherte Person bei uns gestellt worden sind, gelten die in den Absätzen 1 und 2 genannten Höchstbeträge für alle Anträge zusammen.

### § 2 In welchen Fällen leisten wir aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

#### (1) Allgemeine Voraussetzungen

Vorläufiger Versicherungsschutz besteht nur, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie haben im Antragsformular die Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen unterzeichnet.
- Zwischen der Unterzeichnung des Antrags und dem beantragten Versicherungsbeginn liegen nicht mehr als 2 Monate.

- Sie haben uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt oder den ersten Beitrag bereits bezahlt.
- Sie haben das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht.
- Ihr Antrag bewegt sich im Rahmen unserer Tarife, Versicherungsbedingungen sowie Annahmerichtlinien (siehe § 4 Absatz 2).
- Das Antragsformular hat die versicherte Person vor ihrem 65. Geburtstag unterzeichnet. Abweichend hiervon hat die versicherte Person beim Tarif BURV das Antragsformular vor ihrem 58. Geburtstag, beim Tarif BURVN vor ihrem 31. Geburtstag unterzeichnet.
- Sie haben keinen Antrag mit Wartezeit gestellt. Abweichend besteht bei Tarif SZ auch bei vereinbarter Wartezeit vorläufiger Versicherungsschutz.
- Bei den Tarifen SB, SBV und SZ gilt zusätzlich: Wir leisten nur bei Tod durch Unfall (siehe Absatz 2)
- Bei den Tarifen BURV, BURVN und GFRV gilt zusätzlich:  
Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn ein neuer Versicherungsvertrag über die Wechseloption der Berufsunfähigkeitsversicherung, über die BU-Wechseloption der Grundfähigkeitsversicherung oder im Rahmen einer Umdeckung beantragt wird.

#### (2) Unfalldefinition zu den Tarifen SB, SBV und SZ

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Nicht als Unfall im Sinne dieser Definition gelten Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen. Hierunter fallen insbesondere Unfälle, die auf Trunkenheit oder Drogenkonsum beruhen. Unfälle durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, gelten ebenfalls nicht als Unfall im Sinne dieser Bedingungen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht wurden.

### § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

#### (1) Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antragsformular unterzeichnet bei uns eingeht. Wir leisten die Berufsunfähigkeitsrente jedoch frühestens ab dem beantragten Versicherungsbeginn.

#### (2) Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes

Der vorläufige Versicherungsschutz endet, sobald

- der Versicherungsschutz aus der Versicherung beginnt.
- wir Ihren Antrag ablehnen.
- Sie die von uns angeforderten Unterlagen nicht innerhalb der gesetzten Frist eingereicht haben.
- Sie Ihren Antrag anfechten oder zurücknehmen.
- der Einzug Ihres ersten Beitrags nicht möglich war oder ihm widersprochen wurde.
- Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder nach § 5 Absätze 1 und 2 VVG widersprechen,
- wir diesen Vertrag kündigen. In diesem Fall endet der vorläufige Versicherungsschutz 2 Wochen nach Zugang unserer Kündigungserklärung.

### § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

#### (1) Allgemeine Ausschlüsse

In den Versicherungsbedingungen der beantragten Versicherung sind Ausschlüsse enthalten. Diese gelten auch für den vorläufigen Versicherungsschutz.

#### (2) Besondere Ausschlüsse

Darüber hinaus schließen wir den vorläufigen Versicherungsschutz aus, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Versicherungsfall beruht auf Umständen, nach denen wir im Antrag fragten und die unmittelbar ursächlich für den Versicherungsfall wurden.
- Sie oder die versicherte Person hatten Kenntnis von den Umständen, bevor Sie den Antrag unterzeichneten.

Dies gilt unabhängig davon, ob die Umstände im Antrag angegeben wurden.

Es besteht dennoch Versicherungsschutz, sofern wir die versicherte Person trotz dieser Umstände nach unseren Annahmerichtlinien versichert hätten. Unsere Annahmerichtlinien enthalten insbesondere Regelungen zu versicherbaren Gesundheitsverhältnissen, zur Begrenzung der Höhe der Leistungen und zu versicherbaren Berufen.

### § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen Beitrag. Nur im Leistungsfall erheben wir ein Entgelt in Höhe des ersten Beitrags des beantragten Versicherungsvertrages.

Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Beitrag für die Höchstsumme nach § 1. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

### § 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und gegebenenfalls Zusatzversicherung?

Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung.

Dies gilt ebenso für eine mitbeantragte Unfall- und Todesfall-Zusatzversicherung.

Nicht vom vorläufigen Versicherungsschutz umfasst sind die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, die Arbeitsunfähigkeits-Zusatzversicherung und die Waisen-Zusatzversicherung.



Ihr Fels in der Brandung.

Württembergische Lebensversicherung AG

#### Vorstand:

Jacques Wasserfall (Vorsitzender),  
Zeliha Hanning, Alexander Mayer, Jens Wieland

Aufsichtsratsvorsitzender: Jürgen A. Junker

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart,

Handelsregister B Nr. 280

Sitz der Gesellschaft: Kornwestheim

Telefon 0711 662-0

Besuchsanschrift:

W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim

Postanschrift: 70801 Kornwestheim

Bankverbindung:

HypoVereinsbank (UniCredit Bank AG)

Arabellastraße 12, 81925 München

IBAN: DE50 6602 0286 0002 0003 00

BIC: HYVEDEMM

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

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

## 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. vorhandenen 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 Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

#### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann im Einzelfall (z. B. bei rückwirkender Einfügung eines sog. Risikoausschlusses) ebenfalls zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

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

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die 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 innerhalb eines Monats weitere Umstände angeben.

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.