Richtig vorsorgen

Mit den Produkten der Württembergische Lebensversicherung AG.

Abschluss einer:

- **Grundfähigkeitsversicherung bis max. 24.000 EUR Jahresrente und die versicherte Person ist aktuell kein Schüler**

württembergische

Ihr Fels in der Brandung.

Antrag auf Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung

☐ **Bis max. 24.000 EUR Jahresrente und die VP ist aktuell kein Schüler**

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

					Mitwirkung			Anteil Mitw.	Abweichende Abschluss-Agentur			
Kunden-Nr. – –	Modell ☐ R	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	%	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	☐ Versand an Agentur

■ **Antragsteller (Versicherungsnehmer)** ☐ 1 Herr ☐ 2 Frau

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

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

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

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

* Bei Studenten bitte Fachrichtung (z.B. Maschinenbau, Medizin) eintragen.

☒ **Ja, ich beantrage die Grundfähigkeitsversicherung.**

■ **Grundfähigkeitsversicherung**

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

Überschussverwendung
(Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)

Anpassungsvereinbarung
(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat Jahr	Eintritts-alter:	Jahre	Beitragszahlungsendalter, Versicherungsendalter, Leistungsendalter[1]):	Jahre

1) 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**
Überschussverwendung: Beitragsverrechnung	

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.

Monatlicher Beitrag (Rundungsdifferenz ist möglich)	**EUR**
Monatlicher Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr (bei Beitragsverrechnung, Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)	**EUR**

Bezugsrecht
(auch für die im Versicherungsfall auszuzahlende Überschussbeteiligung)

Berufsunfähigkeitsversicherung **Grundfähigkeitsversicherung**	**Im Leistungs- bzw. Erlebensfall**	☐ **die versicherte Person** oder ☐ **der Antragsteller (Versicherungsnehmer)** Der Versicherungsnehmer ist: ☐ Elternteil-/ Großelternteil der zu versichernden Person oder ☐ Ehegatte der zu versichernden Person
		☐ Wünschen Sie ein **anderes Bezugsrecht,** so muss geprüft werden, ob der Vertrag **versicherungsteuerpflichtig** wird. Geben Sie bitte Name, Geburtsdatum und Anschrift an.
	Im Todesfall	☐ **der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist** oder ☐ Name, Geburtsdatum und Anschrift

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

Allgemeine 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 zum derzeitigen Gesundheitszustand der zu versichernden Person

		Nein	Ja
1.	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten oder sonstigen Heilbehandlern (z. B. Osteopathen) in Behandlung, Beratung oder Untersuchung? Psychische Erkrankungen/Störungen/Beschwerden sowie folgende Behandlungen, Beratungen, Untersuchungen sind hier nicht anzugeben: - Erkältungskrankheiten - folgenlos ausgeheilte Magen-, Darm-, Harnwegsinfekte - Vorsorgeuntersuchungen ohne krankhaften Befund (z. B. Krebsvorsorge, Haut, Darm etc.)	☐	☐
2.	Waren Sie in den **letzten 10 Jahren** in einer **Klinik (Krankenhaus, Praxisklinik, REHA-Klinik, Kurklinik, Entwöhnungsklinik),** haben Operationen stattgefunden oder sind Klinikaufenthalte oder Operationen in den **nächsten 12 Monaten** ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Klinikaufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen / Störungen / Beschwerden sind hier nicht anzugeben.	☐	☐
3.	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 2 Jahren regelmäßig oder zusammenhängend über mehr als 4 Wochen apothekenpflichtige Medikamente ein? Nicht anzugeben sind Medikamente zur Verhütung oder Schilddrüsenfehlfunktion oder Impfungen.	☐	☐
4.	Bestehen körperliche oder geistige Schäden/Beeinträchtigungen oder angeborene Erkrankungen? (z. B. Taubheit, Blindheit, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien, weitere Sinnesorgane, Amputationen, Versteifungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenschäden, Lähmungen)?	☐	☐
5.	Bezogen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre bzw. beziehen oder beantragen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen bzw. wegen eines Unfalls oder haben Sie die Feststellung einer Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder Schwerbehinderung(GdB) bewirkt, beantragt, bzw. ist ein derartiger Antrag in den nächsten 3 Monaten vorgesehen? Bitte Rentenbescheid, Feststellungsbescheid oder Antrag beifügen!	☐	☐

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

Weitere Angaben zur zu versichernden Person

		Nein	Ja
6.	Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf (z. B. Flugrisiko, Chemikalien, radioaktive Stoffe/ Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten) oder bei Sport und Hobby (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 (Inoder 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? Bitte entsprechenden Zusatzfragebogen ausfüllen.	☐	☐
7.	Besteht für Sie bereits eine Invaliditätsversicherung (gegen Berufs-, Erwerbs- oder Dienstunfähigkeit, Verlust einer Grundfähigkeit) oder ist eine solche beantragt? Wenn ja, geben Sie bitte Name/n der Gesellschaft/en, Art der Absicherung, Datum der Antragstellung und Höhe an.	☐	☐
8.	Haben Sie für den Fall der **Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit bzw. des Verlustes einer Grundfähigkeit sonstige Leistungen** zu erwarten bzw. haben Sie eine solche Absicherung beantragt?	☐	☐
	Wenn ja, geben Sie bitte jeweils Absicherungshöhe, Art der Versorgung (private Vorsorge, betriebliche Altersversorgung, Beamtenversorgung, berufsständische Versorgungswerke, Zusatzversorgung, sonstige Absicherungen (z. B. alternative Invalidätsabsicherungen)), Art der Absicherung (Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit bzw. Verlust einer Grundfähigkeit), Gesellschaft **vollständig** an.	☐	☐

☐ **EUR**	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	☐ Württembergische ☐ andere Gesellschaft
☐ **EUR**	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	☐ Württembergische ☐ andere Gesellschaft
☐ **EUR**	Art der Versorgung:	Art der Absicherung:	☐ Württembergische ☐ andere Gesellschaft

9.	Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? Veranlassung?	☐	☐
10.	Wie sind Ihre derzeitigen **Körpermaße**? **Größe** _____ cm **Gewicht** _____ kg		
11.	Wie hoch ist **Ihr jährliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit?** _____ EUR		
12.	Wer ist Ihr **Hausarzt** bzw. **welcher Arzt** kann über Ihre **Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft** geben? Bitte Namen und Anschrift angeben! ☐ Herr ☐ Frau		

Zusätzliche Angaben zu den Gesundheitsfragen

Falls mindestens eine der Fragen 1. bis 9. mit „ja“ beantwortet wird, sind nachstehend ausführliche Angaben zu machen. Reichen die vorgesehenen Antragsfelder nicht aus, so sind weitere Angaben mit der jeweiligen Antragsziffer auf einem Beiblatt mit Unterschrift zu machen (Art und Verlauf der Erkrankung, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers.).

Frage-Nr.	Angaben

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

1.	Derzeitige Tätigkeit:	
2.	Beruf (Ausbildung):	Bei Studenten Studiengang (z. B. Maschinenbau, Medizin):

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) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

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

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

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen 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 beibringe.

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

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

Die zurzeit gültige Liste für die Württembergische Lebensversicherung AG finden Sie unter der Rubrik „Erklärungen und Hinweise“. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/dienstleister bei Eingabe des Produktcodes „LV79589“ eingesehen oder angefordert werden bei Württembergische Lebensversicherung AG, W&W-Platz 1, 70806 Kornwestheim, Telefon: 0711/662-0, E-Mail: kundenservice@wuerttembergische.de.

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

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Württembergische Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Wüstenrot & Württembergische-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.

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 Antragsformulares, 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.

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

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
- Beratungsprotokoll
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Persönlicher Vorschlag/Vorschlag mit unverbindlicher Beispielrechnung
- Information gemäß § 7 VVG
- Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung
- Steuerliche Informationen
- Datenschutzhinweise

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

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

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.

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: DE81ZZZ00000052734

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	Prüfz.			zusätzlich Auslands-IBAN

Ort	Datum	**Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Versicherungsnehmer**

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

Hiermit willige ich ein, dass der mir benannte erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) sofort nach Abschluss des 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(en) aller gesetzlichen Vertreter (immer erforderlich, wenn zu versichernde Person minderjährig ist)

Unterschrift des Vermittlers (Ich bestätige die Angaben zum Geldwäschegesetz und die aufgrund des Originales erstellte und beigefügte Kopie des Legitimationsdokumentes sowie die Angabe des Geburtsdatums der zu versichernden Person[en].)

VNR	Aktion-Kennzeichen	BeG-Kennzeichen
0 5 – –		

Kollektivnummer	Verwaltungsgruppennummer	Kollektivvereinbarungsnummer
0 1 – –	0 1 – –	

Erklärungen und Hinweise

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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

Rechtsnachfolge

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

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

Wichtige Hinweise

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

Information zur Beurteilung des wirtschaftlichen Interesses/Klärung von widersprüchlichen Angaben

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

Ihre Einwilligung zu einer umfassenden Beratung und Kontaktaufnahme zu Werbezwecken:

Mit Ihrer Zustimmung verwenden die Unternehmen der W&W-Gruppe oder die regional für Sie jeweils zuständigen 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 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.ww-ag.com/de/impressen/impressen-uebersicht

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
- Altmark Versicherungsmakler GmbH
- Adam Riese GmbH

  Übertragene Aufgaben

  Die Unternehmen der W&W-Gruppe verwenden Ihre Daten zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, IBAN, BIC, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
- Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV)

  Übertragene Aufgaben

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

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

- Berufskundliche Gutachter

  Übertragene Aufgaben
  Überprüfung und Auswertung der Daten für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit besteht
- Beauftragte Rechtsanwälte

  Übertragene Aufgaben
  Vertretung im Fall eines Rechtsstreits, rechtliche Begutachtung eines Versicherungsfalls
- Privatermittler

  Übertragene Aufgaben
  Sachverhaltsermittlung im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung
- Ombudsmann

  Übertragene Aufgaben
  Datenaustausch bei Beschwerden

Tarifbezeichnungen
(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Grundfähigkeitsversicherung

- Tarif GFRV

Tarifzusätze

Bei Tarifen mit dem Tarifzusatz „P“ handelt es sich um Einzeltarife mit BONUS-Vereinbarung.

Bei der Grundfähigkeitsversicherung gibt der jeweilige Tarifzusatz die Berufsklasse an (z.B. GFRVA).

Erläuterungen zu den Zugangsvoraussetzungen

Dieses besondere Angebot gilt für

- max. 24.000 EUR Jahresrente (inkl. Vorversicherungen)
- Die versicherte Person ist aktuell kein Schüler

Informationen zur Nachhaltigkeit

Sie finden auf unserer Internetseite www.wuerttembergische.de/nachhaltigkeit Informationen zur Nachhaltigkeit.

württembergische

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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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