



Antrag auf

Berufsunfähigkeits-Versicherung

- * Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS *premium* (BUV-PLUS *premium*) mit Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit, Zuwachsprogramm und Überschussbeteiligung
- * Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS (BUV-PLUS) mit Zuwachsprogramm und Überschussbeteiligung
- * Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS *life* (BUV-PLUS *life*) mit Zuwachsprogramm und Überschussbeteiligung
- * Selbstständige Berufsunfähigkeits-Versicherung *basis* (BUV *basis*) mit Zuwachsprogramm und Überschussbeteiligung

Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

- * Selbstständige Erwerbsunfähigkeits-Versicherung-PLUS (EUV-PLUS) mit Zuwachsprogramm und Überschussbeteiligung
- * Selbstständige Erwerbsunfähigkeits-Versicherung (EUV) mit Zuwachsprogramm und Überschussbeteiligung

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart | Postanschrift: 70135 Stuttgart | Telefon +49 711 665-0 | Fax +49 711 665-1516
www.stuttgarter.de | info@stuttgarter.de | USt-IdNr.: DE 147 802 293 | Sitz: Stuttgart | Registergericht: Stuttgart HRB 222
Landesbank Baden-Württemberg | IBAN: DE17 6005 0101 0001 3674 50 | BIC: SOLADEST600
Vorstand: Frank Karsten (V.), Dr. Guido Bader, Ralf Berndt | Vorsitzender des Aufsichtsrates: Anton Wittl

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)/ Zu versichernde Person 1.1 Titel/Vorname/Name 1.2 Straße/Haus-Nr. 1.3 Postleitzahl/Wohnort 1.4 Geburtsdatum/-ort 1.5 Geburtsland 1.6 Staatsangehörigkeit(en) 1.7 Telefon/E-Mail 1.8 Beruf/Tätigkeit 1.9 Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Antragsteller (Versicherungsnehmer) _____ _____ _____ Tag Monat Jahr Geburtsort _____ _____ Telefon P* _____ Telefon G* _____ E-Mail* _____ Ich möchte von der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. und den anderen Unternehmen der Stuttgarter Versicherungsgruppe** über ihre Versicherungsprodukte per <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail informiert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Derzeit ausgeübte(r) Beruf/ Tätigkeit und Branche _____ Selbstständig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau Zu versichernde Person Nur ausfüllen bei Abweichung vom Antragsteller _____ _____ _____ Tag Monat Jahr Geburtsort _____ _____ Telefon P* _____ Telefon G* _____ E-Mail* _____ Ich möchte von der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. und den anderen Unternehmen der Stuttgarter Versicherungsgruppe** über ihre Versicherungsprodukte per <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-Mail informiert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. Derzeit ausgeübte(r) Beruf/ Tätigkeit und Branche _____ Selbstständig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit _____
Raucher? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anteil der Innendiensttätigkeit (kaufmännische Aufgaben, Planungs-, Entwicklungs- oder Beratungstätigkeiten im Büro) _____ % Anteil der körperlichen Tätigkeit _____ % Erlerner Beruf _____ Ausbildung <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss (Uni, FH, BA usw.) <input type="checkbox"/> Weiterbildung zum Meister <input type="checkbox"/> Weiterbildung zum Techniker <input type="checkbox"/> Weiterbildung an einer Fachschule mit staatlich anerkanntem Abschluss (z. B. Versicherungs-, Bank-, Industriefachwirt usw.) * Freiwillige Angaben ** Dies sind zur Zeit: Stuttgarter Versicherung AG, PLUS Lebensversicherungs AG, DIREKTE LEBEN Versicherung AG		
Bei versicherter BU-/EU-Jahresrente über 12.000 € (über 6.000 € bei BUV-PLUS life): Brutto-Arbeitseinkommen des letzten Kalenderjahres (bei Selbstständigen und Freiberuflern: Einkünfte aus selbstständiger oder gewerblicher Tätigkeit, bzw. der erzielte Gewinn aus dem Geschäftsbetrieb)? _____ € Bei Selbstständigen und Freiberuflern: Wie viele fest angestellte Vollzeitmitarbeiter beschäftigen Sie (Teilzeitmitarbeiter sind anteilig zu berücksichtigen)? _____ Bei Führungskräften: Wie viele fest angestellte Vollzeitmitarbeiter sind Ihnen disziplinarisch unterstellt (Teilzeitmitarbeiter sind anteilig zu berücksichtigen)? _____		

<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS premium (Tarif 91A) <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS (Tarif 91) <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS life (Tarif 91L) <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeits-Versicherung basis (Tarif 90)	<input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeits-Versicherung-PLUS (Tarif 93) <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeits-Versicherung (Tarif 92)
2 Art, Umfang der Versicherung und Beitrag 2.1 Beginn/Dauer 2.2 Hauptversicherung 2.3 Zahlungsweise/Beitrag 2.4 Überschussverwendung 2.5 Garantierte Rentensteigerung 2.6 Zuwachsprogramm 2.7 Empfänger der Versicherungsleistungen 2.8 Tarifgruppenverfahren/ Tarifgruppe	Tag Monat Jahr Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer Leistungsdauer Karenzzeit (nicht für BUV-PLUS premium und BUV-PLUS life) Jahre Monate Jahre Monate Monate Monate 01 Jahre Monate Jahre Monate Monate Monate Versicherte Jahresrente bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit _____ € Nur für BUV-PLUS premium: Jahresrente bei Arbeitsunfähigkeit _____ € Nur für BUV-PLUS life: Jahresrente während der ersten 36 Monate der Berufsunfähigkeit _____ € <input type="checkbox"/> Abschluss zu einer Stuttgarter Vorversicherung Versicherungs-Nr./Antrag vom _____ <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich Beitrag _____ <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> monatlich _____ € Nettobeitrag für das 1. Versicherungsjahr durch Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen _____ € Risikozuschlag für Körpergröße/-gewicht (im Beitrag enthalten) _____ % Verrechnung mit den Beiträgen (Vorschüssige Verrechnung). Abweichend hiervon: <input type="checkbox"/> Verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> FondsPlus (Mindestversicherungsdauer 5 Jahre, Mindestjahresbeitrag 300 €, Zusatzklärung A 163a erforderlich) <input type="checkbox"/> Einschuss Garantierte Rentensteigerung um <input type="checkbox"/> 1 % oder <input type="checkbox"/> 2 % jährlich, gemessen an der zuletzt gezahlten Rente im Rahmen der Besonderen Bedingungen für die Garantierte Rentensteigerung. Jährliche Beitragserhöhungen im Rahmen der Besonderen Bedingungen für das Zuwachsprogramm entsprechend der Steigerung des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes (mindestens 2 %, höchstens 5 %) gemessen am zuletzt gezahlten Beitrag. Abweichend hiervon: <input type="checkbox"/> Jährliche Beitragserhöhungen im Rahmen der Besonderen Bedingungen für das Zuwachsprogramm gemessen am zuletzt gezahlten Beitrag um _____ % (wählbar 2 % oder 3 %). <input type="checkbox"/> Ausschluss Zuwachsprogramm Bezugsberechtigt im Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsfall sowie ggf. im Arbeitsunfähigkeitsfall und bei Ablauf ist der Antragsteller . Abweichend hiervon: Vorname/Name _____ Geburtsdatum _____ Bezugsberechtigt im Todesfall Vorname/Name _____ Geburtsdatum _____ Die Bezugsberechtigung bei Ablauf oder im Todesfall bezieht sich auf eine eventuelle Leistung aus der Überschussbeteiligung. Tarifgruppenverfahren <input type="checkbox"/> Einzelversicherung / Aufwandsdokumentation <input type="checkbox"/> Kollektivversicherung mit Firma/Verband Tarifgruppe <input type="checkbox"/> KS <input type="checkbox"/> KG5

- Zutreffendes bitte ankreuzen -

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

3 Zahlungsweg 3.1 Fehlende Inkassovollmacht 3.2 SEPA-Lastschriftmandat	<p>Bitte beachten Sie den Hinweis zur fehlenden Inkassovollmacht des Versicherungsvermittlers (siehe Seite 5 unter Allgemeine Hinweise)</p> <p>Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07LKR0000002559 / Mandatsreferenznummer: Wird separat mitgeteilt</p> <p>Ich ermächtige die Stuttgarter Lebensversicherung a.G., Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der erste SEPA-Lastschrifteinzug spätestens fünf Geschäftstage zuvor angekündigt wird. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.</p> <p>IBAN <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> BIC <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Angaben zum Kontoinhaber - nur ausfüllen bei Abweichung vom Antragsteller:</p> <p>Verhältnis zum Antragsteller <input style="width: 150px;" type="text"/> Straße/Haus-Nr. <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Vorname/Name <input style="width: 150px;" type="text"/> Postleitzahl/Wohnort <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>Bitte immer angeben und unterschreiben - auch wenn der Kontoinhaber der Antragsteller ist:</p> <p>Datum <input style="width: 100px;" type="text"/> Unterschrift Kontoinhaber (Vor- und Zuname) <input style="width: 150px; text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;" type="text" value="X"/></p>
---	--

Bitte beantworten Sie die Fragen zur versicherten Person und die Fragen zum Gesundheitszustand vollständig und richtig. Nennen Sie auch solche Umstände, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Die Angaben werden von unseren Risikoprüfern in der Hauptverwaltung ausgewertet und eingeschätzt. Nur so ist gewährleistet, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Wenn die Fragen nicht vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden, kann die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. den Vertrag ändern bzw. beenden und Leistungen verweigern.

Bitte beachten Sie hierzu die beiliegenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und deren Bedeutung für den Versicherungsschutz auf der Seite 6 dieses Antrags.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen. Die Aufzählung der in den folgenden Fragen genannten Erkrankungen hat beispielhaften Charakter und dient zur Orientierung. **Beiblatt**

4 Fragen zur versicherten Person Antrag mit ärztl. Untersuchung

<p>4.1 Bestehen bei anderen Gesellschaften Lebensversicherungen, Pflege-, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-Versicherungen (auch Zusatzversicherungen) oder Anwartschaften bei Versorgungswerken? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja: Welche Versicherungen bestehen und werden diese bei der Annahme dieses Antrags unverzüglich gekündigt oder wurden bereits gekündigt?</p> <p>Gesellschaft? <input style="width: 100px;" type="text"/> Versicherungsart? <input style="width: 100px;" type="text"/> Versicherungssumme/Jahresrente/Anwartschaft? <input style="width: 100px;" type="text"/> bleibt bestehen? <input style="width: 50px;" type="text"/></p> <p>4.2 Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Pflege-, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-Versicherungen (auch Zusatzversicherungen) bei anderen Gesellschaften zu erschwerten Bedingungen angeboten, angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt bzw. ist über einen gestellten Antrag noch nicht entschieden? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Weshalb? <input style="width: 150px;" type="text"/> Gesellschaft? <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p>4.3 Bestehen besondere Gefahren bei Beruf, Sport oder Freizeit (z. B. Strahlen-, Explosions-, Gefahrgut-, Absturz-, Rennsport- oder Flugrisiken, Tauch-, Kampf- oder Bergsport)? Wenn ja: Welche? <input style="width: 150px;" type="text"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>4.4 Planen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate einen mehr als 6-wöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU?* Wenn ja: Bitte Grund, Dauer und Reiseziel angeben. <input style="width: 150px;" type="text"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>4.5 Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate Zigaretten oder andere Tabakwaren (z. B. Zigarillos, Zigarren, Pfeifen) geraucht, dazu zählt auch die Benutzung von elektronischen oder elektrischen Rauchgeräten (z. B. e-Zigaretten, e-Zigarren, e-Shishas) oder haben Sie in diesem Zeitraum Nikotin in anderer Weise (z. B. Nikotinkaugummi, Nikotinpflaster) konsumiert? Wenn ja: Seit wann? <input style="width: 100px;" type="text"/> Was? <input style="width: 100px;" type="text"/> Anzahl täglich? <input style="width: 50px;" type="text"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>
--

5 Zu beantwortende Gesundheitsfragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person (siehe auch Punkt 6)

<p>5.1 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel? Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren deswegen oder wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.2 Wurden Sie in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (auch Kuren, Reha, Entzugsbehandlungen, Operationen, Strahlen-, Chemotherapie), bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren empfohlen oder beabsichtigt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.3 Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant von Ärzten oder Behandlern beraten, untersucht oder behandelt worden (auch ambulante Operationen wie z. B. Arthroskopien, Laserung der Augen), bzw. ist eine solche Behandlung ärztlicherseits in den nächsten 2 Jahren empfohlen oder beabsichtigt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.4 Bestehen bei Ihnen geistige oder körperliche Beeinträchtigungen (z. B. Fehlbildungen, (Teil-)Verluste bzw. (Teil-)Entfernung oder Schäden von Körpergliedern oder -organen, Folgen von Operationen oder Unfällen)? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.5 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten oder Funktionsstörungen</p> <p>a) des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzfehler, ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Venenleiden)? a) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>b) der Atmungsorgane (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma, COPD, Heuschnupfen, Schlafapnoe)? b) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>c) der Verdauungsorgane (z. B. Sodbrennen, Darmentzündung, Gastritis, Leberentzündung, Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Gallensteine, Entzündung der Bauchspeicheldrüse)? c) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>d) der Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Blut/Eiweiß im Urin, Zystenniere, Nierentzündungen, chronische Nierenerkrankungen, Prostataentzündung, Dialysebehandlung, Gebärmutterentfernung, Nierenversagen)? d) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>e) des Stoffwechsels oder Hormonhaushalts (z. B. Zuckerkrankheit, ärztlich festgestellte Blutfett-, Cholesterin- oder Leberwerterhöhungen, Schilddrüsenkrankungen)? e) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, gutartige Hirntumore, Blutarmut, Leukämie, Gerinnungsstörungen)? f) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>g) entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Morbus Bechterew, Fibromyalgie)? g) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>h) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung)? h) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>i) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems (z. B. Depressionen, psychische Erkrankungen (z. B. Angst oder Zwangsstörung, psychosomatische oder somatische Störung), Gefühlsstörungen, Bulimie, Selbstmordversuch, Epilepsie, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, Burn out, Alzheimer, Parkinson, Demenz, Entwicklungsstörungen)? i) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.6 Wurden Ihnen in den letzten 5 Jahren Arzneimittel verordnet (Verhütungsmittel müssen nicht angegeben werden)? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja: Welche? <input style="width: 500px;" type="text"/></p> <p>5.7 Körpergröße und Gewicht? <input style="width: 50px;" type="text"/> cm <input style="width: 50px;" type="text"/> kg</p> <p>5.8 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in psychotherapeutischer Behandlung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.9 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen Rücken- bzw. Wirbelsäulenbeschwerden (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Lumbago) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung (z. B. Krankengymnastik)? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.10 Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Beschwerden mit Knochen und Gelenken (z. B. Sprung-, Knie-, Hüft-, Schultergelenken) sowie mit den dazugehörigen Muskeln, Bändern und Sehnen, weswegen Sie in Behandlung waren? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.11 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.12 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Allergie, ein Heuschnupfen, eine Neurodermitis oder sonstige Hautveränderungen/Hautkrankheiten bzw. Ekzeme? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.13 Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Sehstörung oder Erkrankung der Augen (z. B. grauer/grüner Star, Augenverletzungen)? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.14 Besteht eine Fehlsichtigkeit (z. B. Kurzsichtigkeit)? Wenn ja: Wieviel Dioptrien? rechts: <input style="width: 50px;" type="text"/> links: <input style="width: 50px;" type="text"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>5.15 Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine Störung im Gehör (z. B. Hörsturz, Hörminderung, Gleichgewichtsstörungen Tinnitus)? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>

- Zutreffendes bitte ankreuzen -

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

5.16 Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) oder bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen weswegen ein Antrag auf Anerkennung einer Erwerbsminderung (MdE)***, Wehrdienstbeschädigung (WDB)** oder Schwerbehinderung** gestellt wird oder gestellt wurde? Wenn ja, geben Sie bitte die Gesundheitsstörungen unter Punkt 6 an. nein ja

* Wenn ja: Bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

** Bitte Antrag auf Schwerbehinderung/Bescheid/Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen!

6 Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 5 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben: (ggf. gesondertes Blatt unter Verweis auf die jeweilige Frage verwenden)

Anzahl Beiblätter

Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung)?
Ergebnis/Befund der Untersuchung?

Wann? Wie oft? Wie lange?

Behandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Heilanstalten, Kuranstalten mit Anschrift

7 Welcher Arzt/Heilpraktiker oder andere Behandler ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert? (Bitte Namen, Fachrichtung und Anschrift angeben)

8 Wer hat die Gesundheitsfragen ausgefüllt? Antragsteller Zu versichernde Person Vermittler nach Angaben der zu versichernden Person

9 Besondere Vereinbarungen

Sofern besondere Vereinbarungen getroffen wurden, bitte angeben, von welchen:

Der Antrag ist nicht von besonderen Vereinbarungen abhängig.

Soll der Antrag unabhängig hiervon in Kraft treten? nein ja

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung*

Für den Fall, dass Antragsteller und zu versichernde Person nicht identisch sind, gilt bezüglich der nachfolgenden Erklärung folgendes: Grundsätzlich geben Antragsteller sowie zu versichernde Person die Erklärung durch ihre Unterschrift eigenständig ab. Allerdings gelten für den Antragsteller nicht alle Passagen der Erklärung, da von ihm keine Gesundheitsdaten erhoben werden. Die Wahl der Art der Schweigepflichtentbindungserklärung (durch Ankreuzen) ist daher von der zu versichernden Person zu treffen.

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, benötigt die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. (Stuttgarter) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Stuttgarter Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die Stuttgarter Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützten Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

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

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

- durch die Stuttgarter selbst (unter I.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter II.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Stuttgarter (unter III.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter IV.).

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.

I. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Stuttgarter

Ich willige ein, dass die Stuttgarter 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.

II. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

II.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 die Stuttgarter die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, 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. Die Stuttgarter benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich 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 (A) oder später im Einzelfall (B) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit A:

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

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

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die Stuttgarter an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Stuttgarter 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 B:

Ich wünsche, dass mich die Stuttgarter 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 Stuttgarter einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Stuttgarter 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 Stuttgarter 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.

II.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 die Stuttgarter 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. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit A:

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 oben II.1. - Möglichkeit A).

Möglichkeit B:

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder - wenn diese abweichend bestimmt sind - auf die Begünstigten des Vertrags über.

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

III. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Stuttgarter

Die Stuttgarter verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

III.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

Ich willige ein, dass die Stuttgarter 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 Stuttgarter zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die Stuttgarter tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

III.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Stuttgarter führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. Die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Stuttgarter Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Stuttgarter Ihre Schweigepflichtenbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Stuttgarter führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Stuttgarter erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.stuttgarter.de/dienstleisterlisteservice eingesehen oder bei Stuttgarter Lebensversicherung a.G., Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart, Tel. +49 0711 665-0 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Stuttgarter Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Stuttgarter 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 Stuttgarter dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmen der Stuttgarter Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

III.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Stuttgarter 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 die Stuttgarter Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die Stuttgarter 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 die Stuttgarter das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. 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 die Stuttgarter 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 Stuttgarter tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

III.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Stuttgarter gibt 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 Stuttgarter 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.

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

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

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

* Der Text der Einwilligung-/Schweigepflichtenbindungserklärung wurde 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

Einwilligung des Antragstellers zur Abfrage bei einer Auskunft

Ich willige ein, dass die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. bei Vertragsschluss für die Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz bzw. für die Beurteilung der zu versichernden Risiken Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten und Adressbestätigungen von einer Auskunft (z. B. Boniversum, Creditreform, Bürgel) einholen und nutzen kann und entbinde insoweit die für die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Schlusserklärungen und Hinweise

Schlusserklärungen des Antragstellers	Einverständniserklärung zum Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz bei	Vorliegen der in den Allgemeinen Bedingungen unter "Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz" genannten vertraglichen Voraussetzungen bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.
Allgemeine Hinweise	Informationspflicht gegenüber Dritten Bitte weisen Sie die Personen, deren Daten im Rahmen dieses Antrags erhoben werden, auf die Speicherung der angegebenen Daten bei der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. und die zentrale Stammdatenhaltung innerhalb der Stuttgarter Versicherungsgruppe (siehe Dienstleisterliste) zum Zwecke der Vertragsdurchführung hin und leiten die Datenschutzhinweise an diese weiter. Sollte Ihrerseits ein Geheimhaltungsinteresse bezüglich der Bezugsberechtigung bestehen, kann die Information an den Bezugsberechtigten unterbleiben.	Zahlungsweise Eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise ist gegenüber einer monatlichen Zahlungsweise günstiger, wobei die jährliche Zahlungsweise wiederum günstiger ist als die halbjährliche und diese wiederum günstiger als die vierteljährliche. Tarifgruppenverfahren Einzelversicherung Ihre Versicherung enthält eine dauerhafte Vergünstigung. Tarifgruppenverfahren Kollektivversicherung Ihre Versicherung wird im Rahmen eines Kollektivvertrages geführt und enthält eine Vergünstigung. Diese Vergünstigung bleibt auch bei Ausscheiden der versicherten Person aus dem Kollektiv erhalten.

Schlusserklärungen und Hinweise

Allgemeine Hinweise	Fehlende Inkassovollmacht Der Versicherungsvermittler ist nicht berechtigt, Zahlungen von mir anzunehmen.	E-Mail mit Verschlüsselung oder per dauerhaften Datenträger (z. B. CD, USB-Stick) zu erhalten. Entscheiden Sie sich für E-Mail mit Verschlüsselung oder dauerhaften Datenträger (z. B. CD, USB-Stick), können Sie diese Dokumente zusätzlich kostenlos als Papierexemplar verlangen.
	Wechsel des Versicherers Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für jedes Unternehmen unerwünscht.	Antragsausfertigung Dem Antragsteller wird nach Unterzeichnung des Antrags eine Ausfertigung ausgehändigt.
	Papierexemplare Sie haben die Wahl, das Basisinformationsblatt und die Beratungsdokumentation kostenlos als Papierexemplar, per	Geltende Versicherungsbedingungen Es gelten die in den Vertragsunterlagen enthaltenen Versicherungsbedingungen.

Tarifbezeichnung / Tarifübersicht

Hauptversicherungen	Berufsunfähigkeits-Versicherungen	
	Tarif 91A	Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS <i>premium</i> (mit Gesundheitsprüfung)
	91	Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS (mit Gesundheitsprüfung und vorläufigem Versicherungsschutz)
	91L	Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS <i>life</i> (mit Gesundheitsprüfung und vorläufigem Versicherungsschutz)
	90	Berufsunfähigkeits-Versicherung <i>basis</i> (mit Gesundheitsprüfung und vorläufigem Versicherungsschutz)
	Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen	
Tarif 92	Erwerbsunfähigkeits-Versicherung (mit Gesundheitsprüfung und vorläufigem Versicherungsschutz)	
93	Erwerbsunfähigkeits-Versicherung-PLUS (mit Gesundheitsprüfung und vorläufigem Versicherungsschutz)	

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass ich die nachfolgend aufgelisteten Unterlagen erhalten habe:

Vertragsunterlagen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung (Versionsnummer _____), außerdem die Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und deren Bedeutung für den Versicherungsschutz auf der Seite 6 dieses Antrags. Die Vertragsunterlagen bestehen aus - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten - Verbraucherinformation - Werteübersicht - Versicherungsbedingungen - Steuermerkblatt - Datenschutzhinweise.

Vertragsunterlagen für die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung (Versionsnummer _____), außerdem die Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und deren Bedeutung für den Versicherungsschutz auf der Seite 6 dieses Antrags. Die Vertragsunterlagen bestehen aus - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten - Verbraucherinformation - Werteübersicht - Versicherungsbedingungen - Steuermerkblatt - Datenschutzhinweise.

Datum _____ Unterschrift Antragsteller (Vor- und Zuname) _____

X

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person!

Dieses Antragsformular besteht insgesamt aus 7 Seiten.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte

- auf der Seite 6 die Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und deren Bedeutung für den Versicherungsschutz. Wenn die Fragen nicht vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden, kann die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. den Vertrag ändern bzw. beenden und Leistungen verweigern,
- die vorstehende Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung,
- die vorstehende Einwilligung des Antragstellers zur Abfrage bei einer Auskunftei,
- die vorstehenden Schlusserklärungen und Hinweise.

Die Schlusserklärungen enthalten eine Einverständniserklärung zum Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist. Die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung sowie die Schlusserklärungen sind wichtige Bestandteile des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift diese Erklärungen zum Inhalt des Antrags.

Bei einigen Tarifen (siehe Tarifübersicht) wird hierfür vorläufiger Versicherungsschutz nach den für die jeweiligen Tarife geltenden "Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz" gewährt. Diese Bedingungen können Sie bei uns anfordern.

Sie können Ihre Vertragserklärung bereits ab Antragstellung widerrufen. Näheres zum Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte der Verbraucherinformation.

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller (Vor- und Zuname)	Unterschrift zu versichernde Person (Vor- und Zuname)	Unterschrift gesetzliche(r) Vertreter (bei Minderjährigen)
	X	X	X

Angaben des Vermittlers

Beratung	Ich habe dem Antragsteller die Beratungsdokumentation übermittelt. Dies erfolgte nach seiner Wahl <input type="checkbox"/> in Papierform <input type="checkbox"/> per E-Mail mit Verschlüsselung <input type="checkbox"/> per dauerhaften Datenträger (z. B. CD, USB-Stick) Bei Übermittlung per E-Mail mit Verschlüsselung oder per dauerhaften Datenträger habe ich die E-Mail-Adresse vom Antragsteller erhalten.
	Die Beratungsdokumentation liegt bei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unterlagen	Ich habe dem Antragsteller rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags die in der Empfangsbestätigung aufgelisteten Unterlagen übermittelt. Dies erfolgte nach seiner Wahl <input type="checkbox"/> in Papierform <input type="checkbox"/> per E-Mail mit Verschlüsselung <input type="checkbox"/> per dauerhaften Datenträger (z. B. CD, USB-Stick) Bei Übermittlung per E-Mail mit Verschlüsselung oder per dauerhaften Datenträger habe ich die E-Mail-Adresse vom Antragsteller erhalten.
	Dem Antragsteller wird nach Unterzeichnung des Antrags eine Ausfertigung ausgehändigt.
Antragsausfertigung	Alle Angaben des Antragstellers/der zu versichernden Person zu seinen/ihren gesundheitlichen und beruflichen Verhältnissen wurden wertungsfrei in den Antrag aufgenommen.
Gemachte Angaben	

Ort/Datum	Unterschrift Vermittler	Vermittler (in Druckbuchstaben)	Vermittler-Nummer	Registrierungsnummer	Agtr.-Nr.	FD
	X					

Die nachfolgenden Seiten enthalten zu folgenden Themen zusätzliche Hinweise und Informationen:

- Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und deren Bedeutung für den Versicherungsschutz auf der Seite 6
- Dienstleisterliste der Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und deren Bedeutung für den Versicherungsschutz

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 die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Sofern vorhanden, zahlen wir den Rückkaufswert aus.

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. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Bei Nichterreichen der Mindestversicherungsleistung zahlen wir - sofern vorhanden - den Rückkaufswert aus. Bei schuldloser Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung.

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

Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der grob fahrlässig nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dasselbe gilt, wenn wir nicht kündigen können, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der einfach fahrlässig nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätten. Sehen die anderen Bedingungen einen Risikoausschluss vor, kann der Versicherungsschutz auch rückwirkend entfallen. Bei schuldloser Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsänderung.

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.

Ausübung unserer Rechte

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

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

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

Vertretung durch eine andere Person

Werden Sie bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht aller bekannten gefahrerheblichen Umstände sowie des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und die Arglist Ihres Vertreters 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 Vertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Dienstleisterliste der Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

A) Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungssparten werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert wie das Inkasso und die Datenverarbeitung. So wird Ihre Adresse z. B. nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Bankverbindung, d.h. Ihre Stammdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die Stammdaten von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann Ihr Anliegen innerhalb unserer Unternehmensgruppe immer richtig zugeordnet werden. Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, insb. Gesundheitsdaten bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen. Eine weitere Verarbeitung dieser Daten erfolgt nur von den unten genannten Dienstleistern.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Gesellschaften an:

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.	DIREKTE LEBEN Versicherung AG
Stuttgarter Versicherung AG	PLUS LebensversicherungsAG
Stuttgarter Versicherung Holding AG	Stuttgarter Versicherung Verwaltungsgesellschaft mbH
Stuttgarter Vorsorge-Management GmbH	Stuttgarter Versicherung Kapitalanlage-Vermittlungs-GmbH
DIREKTE SERVICE MANAGEMENT GmbH	Stuttgarter Versicherung Immobilienmanagement GmbH & Co KG

B) Dienstleister, die Datenverarbeitung in Funktionsübertragung oder im Auftrag erbringen

Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags
Stuttgarter Versicherung Holding AG	Bereitstellung Software
DIREKTE SERVICE MANAGEMENT GmbH	Betrieb Call Center, Unterstützung Bestandsverwaltung, Posteingang und -ausgang, Scannen und Indizieren
Stuttgarter Vorsorge-Management GmbH	Beratung, Schulung und Unterstützung im Bereich der betrieblichen Altersversorgung, Erstellung von mathematischen Gutachten
IBM Deutschland GmbH	Betrieb Notfallrechenzentrum und Wartungsdienstleistung
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG	Risiko- und Leistungsfallprüfung
Pro Claims Solutions GmbH*	Leistungsfallprüfung
Reha Assist Deutschland GmbH	Reha Management / Assistance-Service in der Leistungsfallprüfung
IHR Rehabilitationsdienst GmbH	Assistance-Service in der Leistungsfallprüfung
eVorsorge Systems GmbH	Betrieb Arbeitgeber-Portal / "Betriebsrenten-Manager"
General Reinsurance AG	Risiko- und Leistungsfallprüfung
SCOR Global Life Deutschland, Niederlassung der SCOR Global Life SE	Risiko- und Leistungsfallprüfung
Medicals Direct Deutschland GmbH	Medizinische Untersuchung im Rahmen der Risikoprüfung; Leistungsfallprüfung
Swiss Re Europe S.A.	Leistungsfallprüfung
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Meldeservice
Versicherungsombudsmann e.V.	Schlichtungen

C) Kategorien von Dienstleistern, die Datenverarbeitung in Funktionsübertragung oder im Auftrag erbringen

Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrags
IT-Dienstleister	IT-Entwicklungs- und Wartungsdienstleistungen
Wirtschaftsprüfungsgesellschaften	Jahresabschlussprüfung und Beratung
Beratungsunternehmen	Beratung
Aktenvernichter	Akten- und Datenträgervernichtung
Medizinische Gutachter*	Risiko- und Leistungsfallprüfung
Kollektivpartner und Banken	Prämieneinzug in Teilbeständen
Wirtschaftsauskunfteien*	Bonitätsauskünfte und Identitätsüberprüfungen gemäß Geldwäschegesetz
Rechtsanwälte	Rechtliche Vertretung und Informationsbeschaffung
Postdienstleister	Postdienstleistungen
Adressermittler	Adressprüfung
Sicherheitsdienste	Bewachungs- und Empfangsdienst
Ratingunternehmen	Durchführung von Ratinguntersuchungen

Stand 10/2018

* Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung. Diese liegt vor, wenn im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses personenbezogene Daten an einen Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt und von diesem verarbeitet werden. Die Übermittlung unterbleibt, soweit die betroffene Person aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen persönlichen Situation ergeben, dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass seitens des übermittelnden Unternehmens keine zwingenden schutzwürdigen Gründe für die Verarbeitung beim Dienstleister vorliegen, die die Interessen der betroffenen Person überwiegen. Die Übermittlung an den Dienstleister erfolgt trotz des Widerspruchs auch dann, wenn sie der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient.