

- Klassischen Rentenversicherung
- Fondsgebundenen Rentenversicherung
- Risikolebensversicherung
- Berufsunfähigkeitsversicherung

		Mitwirkung				Anteil Mitw.		Abweichende Abschluss-Agentur												
		Kunden-Nr.	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ	%	Gesch.-St.-Nr.	Agentur-Nr.	PZ								
<input type="checkbox"/> Neukunde/-in <input type="checkbox"/> ja Adressänderung <input type="checkbox"/> ja		-	-						%											
<input type="checkbox"/> 1. Antragsteller (Versicherungsnehmer) <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau <input type="checkbox"/> 4 Firma Berufliche Stellung <input type="checkbox"/> Angestellter der Privatwirtschaft (3) <input type="checkbox"/> Gewerblicher Arbeitnehmer (4) <input type="checkbox"/> Selbstständiger Handwerker (9) seit <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1) seit <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Beamter/öffentlicher Dienst (2) <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann (6) <input type="checkbox"/> Rentner, Pensionär (5) <input type="checkbox"/> Schüler, Auszubildender, Student (7) <input type="checkbox"/> nicht bekannt, berufslos (0)		Titel, Vorname, Nachname _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl <input style="width: 50px;" type="text"/> Wohnort <input style="width: 100px;" type="text"/> Geburtsdatum <input style="width: 50px;" type="text"/> Geburtsname <input style="width: 100px;" type="text"/> Geburtsort <input style="width: 100px;" type="text"/> Staatsangehörigkeit <input style="width: 100px;" type="text"/> Telefon <input style="width: 100px;" type="text"/> E-Mail <input style="width: 100px;" type="text"/> Derzeitige Tätigkeit <input style="width: 100px;" type="text"/> Beruf (Ausbildung) <input style="width: 100px;" type="text"/> Branche <input style="width: 100px;" type="text"/> Familienstand (nur für Tarif FBRH oder FBRHE) <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet/eingetragene Lebenspartnerschaft																		
<input type="checkbox"/> 2. Identifizierungspflicht nach dem Geldwäschegesetz (entfällt bei Basisrente) Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z.B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.), so ist stets das Formular DSLegi1 (Ziffer 2.) auszufüllen und mit den entsprechenden Nachweisen dem Antrag beizufügen.		Identifizierungspflicht (ist grundsätzlich immer anhand eines Ausweisdokuments vorzunehmen) Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch gültigen <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass Nr. und ausstellende Behörde <input style="width: 100px;" type="text"/> Geburtsort <input style="width: 100px;" type="text"/> Name, Anschrift der Person (wirtschaftlich Berechtigter) <input style="width: 100px;" type="text"/> Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung und nicht auf der einer anderen Person. Falls dies nicht zutrifft, bitte hier zusätzliche Angaben. <input style="width: 100px;" type="text"/>																		
<input type="checkbox"/> 3. Persönliche Steueridentifikations-Nr. des Versicherungsnehmers (nur für Tarif FBRH, FBRHE oder SR) bzw. eines anderen Bezugsberechtigten im Erlebensfall (nur für Tarif SR) in Deutschland		Sind Sie in einem anderen Staat außer Deutschland und/oder den Vereinigten Staaten von Amerika steuerlich ansässig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sind Sie Staatsbürger der Vereinigten Staaten von Amerika (auch mit doppelter Staatsangehörigkeit) oder aus anderen Gründen in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn Sie mindestens eine der zwei vorherigen Fragen mit ja beantwortet haben, dann geben Sie bitte nachfolgend das Land/ die Länder der steuerlichen Ansässigkeit an sowie (sofern für das jeweilige Land möglich) die dazugehörige/n Steueridentifikationsnummer/n: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Land der steuerlichen Ansässigkeit</th> <th>Ausländische Steueridentifikationsnummer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>											Land der steuerlichen Ansässigkeit	Ausländische Steueridentifikationsnummer						
Land der steuerlichen Ansässigkeit	Ausländische Steueridentifikationsnummer																			
<input type="checkbox"/> 5. Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) Bei Tarif FBRH und FBRHE ist nur der Versicherungsnehmer möglich. Die zu versichernde Person und ggf. die mitzuversichernde Person (Ziffer 6.) hat/ haben sich ausgewiesen durch ihren Personalausweis, Reisepass oder Führerschein. Berufliche Stellung <input type="checkbox"/> Angestellter der Privatwirtschaft (3) <input type="checkbox"/> Gewerblicher Arbeitnehmer (4) <input type="checkbox"/> Selbstständiger Handwerker (9) seit <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1) seit <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Beamter/öffentlicher Dienst (2) <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann (6) <input type="checkbox"/> Rentner, Pensionär (5) <input type="checkbox"/> Schüler, Auszubildender, Student (7) <input type="checkbox"/> nicht bekannt, berufslos (0)		Titel, Vorname, Nachname _____ Straße, Hausnummer _____ Postleitzahl <input style="width: 50px;" type="text"/> Wohnort <input style="width: 100px;" type="text"/> Geburtsdatum <input style="width: 50px;" type="text"/> Geburtsname <input style="width: 100px;" type="text"/> Geburtsort <input style="width: 100px;" type="text"/> Staatsangehörigkeit <input style="width: 100px;" type="text"/> Telefon <input style="width: 100px;" type="text"/> Derzeitige Tätigkeit <input style="width: 100px;" type="text"/> Beruf (Ausbildung) <input style="width: 100px;" type="text"/> Branche <input style="width: 100px;" type="text"/>																		



6. Mitversichernde Person
(nur bei Tarif W, FRH mit WAF, Tarif SPV oder SBV; bei Tarif FRH mit WAF, SPV und SBV Formular 20439 beifügen)

<input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau	Titel, Vorname, Nachname		Geburtsdatum	
--	--------------------------	--	--------------	--

7. Klassische Rentenversicherung

Tarife (siehe Seite 14)

Kapitalwahlrecht ausgeschlossen.

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Alter bei vereinbartem Rentenbeginn:	Jahre
Garantierte Leistungen im Erlebensfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	Altersrente (bei Tarif SR) Mindestrente (bei Tarif ARC, ARCE, IR, IRE)							EUR	
	Rentenzahlung <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich							EUR	
Garantierte Leistungen im Todesfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)	Bis zum vereinbartem Rentenbeginn		Tarif ARC, ARCE, IR oder IRE	Gesamt-Kapital, bei Tarif IRE mindestens der Einmalbeitrag					
	Ab vereinbartem Rentenbeginn		Tarif ARC, ARCE, IR oder IRE	10 Jahre Rentengarantiezeit		oder		Jahre Rentengarantiezeit	
			Tarif SR	100 % Beitragsrückgewähr (abzüglich gezahlter garantierter Renten) oder <input type="checkbox"/> % Beitragsrückgewähr (abzüglich gezahlter garantierter Renten) oder <input type="checkbox"/> Jahre Rentengarantiezeit					
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)									
Bis zum vereinbartem Rentenbeginn:		Anlage im Sicherungsvermögen (bei Tarif ARC, ARCE)							
		Indexbeteiligung: Index Multi-Asset Strategie (bei Tarif IR, IRE)							
Ab vereinbartem Rentenbeginn:		<input type="checkbox"/> Steigende Bonusrente <input type="checkbox"/> Rentenerhöhung <input type="checkbox"/> Bonusrente (Informationsblatt erforderlich)				Gesamtrente inkl. Überschuss im 1. Versicherungsjahr (gilt nur bei Tarif SR)		EUR	

8. Fondsgebundene Rentenversicherung

Tarife (siehe Seite 14)

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Alter bei vereinbartem Rentenbeginn:	Jahre		
Garantierte Altersrente je 10.000 EUR Rentengarantiekapital entsprechend Rentenzahlung (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)								EUR			
<input type="checkbox"/> Kapitalwahlrecht ausgeschlossen. Bei den Tarifen FBRH und FBRHE gibt es kein Kapitalwahlrecht.				Rentenzahlung		<input type="checkbox"/> Monatlich (bei den Tarifen FBRH und FBRHE immer vereinbart)		<input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Jährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich			
Garantierte Leistungen im Todesfall (Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)											
Vor Beginn der Phase des flexiblen Rentenüberganges				EUR		(0 % bis 200 % der Beitragssumme der Hauptversicherung bei den Tarifen FRH und FRHE, 0 % bis 60 % bei den Tarifen FBRH und FBRHE)					
Ab vereinbartem Rentenbeginn: Rentenzahlung für mindestens				1 0 Jahre		oder		Jahre		(Für die Tarife FBRH und FBRHE siehe Versicherungsbedingungen)	
Garantieformen (bitte genau eine Garantieform auswählen)				<input type="checkbox"/> Garantieplan und Beitragsgarantie <input type="checkbox"/> Garantieplan		<input type="checkbox"/> Beitragsgarantie <input type="checkbox"/> ohne Garantie		(Garantieplan: stufenweise, von der Fondsentwicklung abhängige Anhebung des Garantie-Guthabens, siehe auch Versicherungsbedingungen)			
Garantie-Guthaben aus Beitragsgarantie zum vereinbartem Rentenbeginn: (bei Garantieform „Garantieplan“ bzw. „ohne Garantie“ immer 0 %) Voraussetzung ist eine durchgehende Zahlung der vereinbarten Beiträge.								% (0 % bis 100 % der Beitragssumme der Hauptversicherung)			
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)											
Bis Rentenbeginn: Anlage im Gesamt-Guthaben				Ab Rentenbeginn:							
				<input type="checkbox"/> Steigende Bonusrente <input type="checkbox"/> Rentenerhöhung <input type="checkbox"/> Bonusrente (Informationsblatt erforderlich)							

9. Risikolebensversicherung

Tarife (siehe Seite 14)

Risikoklasse der zu versichernden Person (nur bei Tarif SP, SPV, SB, SBV)

Risikoklasse der mitversichernden Person (nur bei Tarif SPV, SBV)

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Versicherungsdauer (nur bei Tarif SP, SPV, SB und SBV):	Jahre	
Garantierte Leistung im Todesfall (bei Tarif ST, STE oder bei Tarif SP, SPV, SB, SBV mit Vereinbarung eines konstanten Todesfallschutzes)								EUR		
Garantierte Mindest-Todesfall-Leistung (bei Tarif VSE)										
Garantierte Leistungen im Todesfall (nur bei Tarif SP, SPV, SB, SBV mit Vereinbarung eines flexiblen Todesfallschutzes)										
Im 1. Versicherungsjahr				EUR		Im		. Versicherungsjahr		EUR
Im				. Versicherungsjahr		EUR		Im letzten Versicherungsjahr		EUR
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)										
Tarif SP, SPV, SB, SBV:					<input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung		Tarif ST, STE, VSE: Ansammlungsbonus			
					<input type="checkbox"/> Todesfall-Bonus					

10. Berufsunfähigkeitsversicherung

Tarife (siehe Seite 14)

(BURV(N)1+, BURV(N)1, BURV(N)2+, BURV(N)2, BURV(N)3 oder BURV(N)4 eintragen)

Beginn der Versicherung	Tag 0 1	Monat	Jahr	Eintrittsalter:	Jahre	Beitragszahlungsendalter:	Jahre	Versicherungsendalter:	Jahre	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 BU-Rente entsprechend Rentenzahlung				EUR		Rentenzahlung		<input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Jährlich			
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)											
<input type="checkbox"/> Fondsanlage <input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung											
Fondsaufteilung (Fondsbeschreibung siehe Verbraucherinformationen): W&W Quality Select Aktien Welt zu 100 %											

■ **18. Bezugsrecht**
(Fortsetzung)

Risikolebensversicherung (Tarif SP, SPV, SB, SBV, ST, STE oder VSE)	Im Todesfall (bei Tarifen SPV und SBV bei Tod der zuerst sterbenden Person [versicherte oder mitversicherte Person])	<input type="checkbox"/> der Antragsteller (Versicherungsnehmer) <input type="checkbox"/> der Ehegatte, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet ist/ bei den Tarifen SPV und SBV die überlebende versicherte bzw. mitversicherte Person <input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum und Anschrift
--	--	---

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

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

Nachversicherungsoption:
(Bei Berufsunfähigkeitsversicherungen ist das Formular LP063 und bei Risikolebensversicherungen nach Tarif SP oder SPV das Formular LP084 beizufügen. Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen.) Mit diesem Antrag wird die Nachversicherung zu Versicherungs-Nr. _____ beantragt.

Indexbeteiligung (Tarif IR, IRE):
 Bis auf weiteres wünsche ich die Indexbeteiligung. Ich benötige kein jährliches Wahlschreiben zur Anpassung meines Wunsches. Diese Entscheidung kann ich jederzeit ändern.

■ **20. Fragen an die zu versichernde Person**

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht und zur Beantwortung der Fragen

Die Gesundheitsfragen müssen grundsätzlich beantwortet werden, falls nicht eine der nachfolgend beschriebenen Ausnahmen vorliegt. Die Beantwortung der Gesundheitsfragen entfällt bei

- Tarif SR
- Tarif VSE
- den Tarifen ARC, ARCE, IR, IRE ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen [siehe „22. Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen“])
- den Einmalbeitragsstarifen FRHE und FBRHE mit einer garantierten Mindest-Todesfall-Leistung von maximal 100 % des Einmalbeitrages
- den Genius-Tarifen FRH und FBRH ohne garantierte Mindest-Todesfall-Leistung und ohne Waisen-Zusatzversicherung nach Tarif WAF und ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (außer Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen [siehe „22. Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen“])

Auf die Beantwortung der Gesundheitsfragen kann verzichtet werden, wenn nachfolgende Bedingungen erfüllt sind. Für diesen Fall gilt eine **3-jährige Wartezeit** als vereinbart.

- Bei Genius-Tarifen:
 - garantierte Mindest-Todesfall-Leistung bis maximal 60 % der Beitragssumme
 - garantierte Mindest-Todesfall-Leistung bis maximal 120.000 EUR
 - maximales Endalter der versicherten Person für die Beitragszahlungsdauer 70 Jahre
 - keine Zusatzversicherungen (außer Tarif WAF bis 200 EUR Monatsbeitrag oder Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen [siehe „22. Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen“])

mit Wartezeit
 Auf Beantwortung der Gesundheitsfragen kann bei der Bestattungsvorsorge Premium (Tarife ST und STE) verzichtet werden. Hier gilt generell bei Tarif ST eine 3-jährige und bei Tarif STE eine 6-monatige Wartezeit.

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 Würtembergsche Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern.** Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Hinweise „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ (siehe Seite 12).

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

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

Nachfolgend nennen wir Ihnen zu jedem Fragenbereich Beispiele (in Klammern aufgeführt), die Ihnen Ihre Antworten erleichtern sollen.

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

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

Versicherung ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung

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

■ 20. Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

1. Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand				
1.1	Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße?	Größe _____ cm	Gewicht _____ kg	
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (z. B. welches Leiden)
1.2	Bestehen körperliche oder geistige Schäden/Behinderungen oder eine angeborene Erkrankung (z. B. Taubheit, Blindheit, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, weitere Sinnesorgane, Amputationen, Versteifungen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenschäden, Lähmungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3	Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen Aids-Test)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4	Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben! <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau			
2. Fragen zu besonderen Gefahren und Auslandsaufenthalten				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte entsprechenden Zusatzfragebogen ausfüllen
2.1	Sind Sie durch Beruf, Sport oder Hobby besonderen Gefahren ausgesetzt, z. B. sämtliche Formen von energiereichen Strahlen, Sprengstoffen, Chemikalien, Tauchen, Reiten, Bergsteigen, Klettern, Expeditionen, Fallschirmspringen, Wettbewerben, Wettfahrten, Wettkämpfen, Privat- oder Sportflügen, Drachen- bzw. Gleitschirmflügen, Kampfsportarten, Extremsportarten? Ggf. welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2	Beabsichtigen Sie, innerhalb der nächsten 12 Monate länger als drei Monate in ein außereuropäisches Land zu reisen? Wenn ja, wohin? Wie lange? Veranlassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 10 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
3.1	Sind Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, Klinikum, einer Rehabilitations- oder Kureinrichtung untersucht, beraten oder behandelt worden? Oder sind solche Maßnahmen für die nächsten 12 Monate aus ärztlicher Sicht erforderlich oder beabsichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen oder Betäubungsmittel oder wurden Sie deswegen beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.3	Werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren				
4.	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten in Beratung, in Behandlung oder zur Untersuchung wegen Krankheiten, Organveränderungen oder Beschwerden...	Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
4.1	... des Herzens, des Kreislaufes oder der Gefäße (z. B. Bluthochdruck, Herz- oder Herzklappenfehler [auch angeborene], Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen, Thrombose, Embolie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.2	... an Lunge, Bronchien, Zwerchfell (z. B. chronische Bronchitis, Asthma, Atemnot, Schlafapnoe, Lungenentzündung, Lungenemphysem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.3	... an Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber, Milz (z. B. Magengeschwür, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4	... an Niere, Blase, Prostata, Unterleibsorganen, Brust (z. B. Nierenentzündung, Steinleiden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.5	... des Stoffwechsels oder der Schilddrüse (z. B. Zuckerkrankheit, Blutfetterhöhung [z. B. Cholesterin], Gicht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6	... der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.7	... durch akute oder chronische Infektionen (z. B. Malaria, Hepatitis, Geschlechtskrankheiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.8	... der Psyche (z. B. Angststörung, Depression, Essstörung, ADHS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.9	... des Gehirnes oder Nervensystems (z. B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Parkinson, Migräne oder Kopfschmerzen, Demenz)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.10	... der Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Nackenschmerzen, Rückenbeschwerden, Hexenschuss, Muskelverspannungen, Bandscheibenvorfall)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.11	... der Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen, Muskeln (z. B. vorzeitige Abnutzung [nicht altersbedingt], rheumatische Beschwerden, Meniskusverletzung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

20. Fragen an die zu versichernde Person (Fortsetzung)

4. Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren (Fortsetzung)				
		Nein	Ja	Wenn ja, ergänzende Angaben
4.12	... der Haut, Allergien (z. B. Heuschnupfen, Neurodermitis, [Kontakt-]Ekzem, Schuppenflechte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.13	... der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, erhöhter Augendruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.14	... der Ohren (z. B. Ohrensausen [Tinnitus], vermindertes Hörvermögen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.15	Waren Sie innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung wegen ein und derselben Erkrankung, die nicht unter 4.1 bis 4.14 fällt, häufiger als zweimal in Behandlung, Beratung oder Kontrolle (z. B. bei Ärzten, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten. Nicht anzugeben sind grippale Infekte sowie Zahnbehandlungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.16	Haben Sie derzeit oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten Beschwerden in einem der unter 4.1 bis 4.14 genannten Bereiche? (Bitte auch Beschwerden angeben, wegen derer Sie weder beraten, untersucht oder behandelt wurden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Weitere Fragen zum Gesundheitszustand in den letzten 5 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, bitte nähere Angaben eintragen (Art und Verlauf der Erkrankung, Art, Datum und Dauer der Behandlung, Name und Anschrift des jeweiligen Behandlers)
5.1	Sind Sie in den letzten 5 Jahren ambulant operiert worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.2	Haben Sie in den letzten 5 Jahren Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.3	Bezogen Sie innerhalb der letzten 5 Jahre bzw. beziehen oder beantragen Sie eine Rente oder Pension aus gesundheitlichen Gründen 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!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.4	Haben Sie innerhalb der letzten 5 Jahre einen Selbsttötungsversuch unternommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Frage zu eingenommenen Medikamenten in den letzten 2 Jahren				
		Nein	Ja	Wenn ja, Name der Medikamente, wann und wie oft eingenommen
	Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre wegen der unter den Nr. 1.2, 3.2 und 3.3 sowie 4.1 – 5.4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente ? Bitte geben Sie auch nicht verordnete Medikamente der letzten 2 Jahre an, sofern Sie diese mehr als 2-mal wöchentlich nehmen oder nahmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Zusätzliche Angaben zum Beruf und zur Versorgungssituation (bei einer Berufsunfähigkeitsversicherung und Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)				
		Nein	Ja	Wenn ja, ergänzende Angaben
7.1	Haben Sie in den letzten 10 Jahren aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt ? Wenn ja, wann und weshalb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.2	Haben Sie für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit sonstige Leistungen zu erwarten (wenn ja, in welcher Höhe?) aus: <input type="checkbox"/> betrieblicher Altersversorgung, <input type="checkbox"/> Beamtenversorgung, <input type="checkbox"/> berufsständischen Versorgungswerken, <input type="checkbox"/> Zusatzversorgung, <input type="checkbox"/> sonstigen Absicherungen (z. B. alternative Invaliditätsabsicherungen)? (nähere Angaben erforderlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.3	Besteht für Sie schon eine Versicherung für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder ist eine solche beantragt ? Wenn ja: Wann? Bei welchem Versicherer? In welcher Höhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Zusätzliche Frage zum Nikotinkonsum (nur bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher nach Tarif SP, SPV, SB oder SBV)				
		Nein	Ja	
8.1	Sind Sie Nichtraucher (Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak, Schnupftabak, Wasserpfeife, E-Zigarette, E-Zigarre, E-Pfeife noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat und auch beabsichtigt, in Zukunft Nichtraucher zu bleiben.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, beachten Sie bitte den „Wichtigen Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person bei einer Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher“.
8.2	Sind Sie Nichtraucher (gemäß obiger Definition) seit mindestens 10 Jahren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Folgen noch weitere Angaben?				
<input type="checkbox"/> weitere Angaben/Unterlagen sind in einem verschlossenen Umschlag beigefügt <input type="checkbox"/> zu folgenden Fragen (bitte Nr. angeben) _____ reiche ich unmittelbar und unverzüglich an das Versicherungsunternehmen weitere Angaben nach (Kontaktdaten siehe Seite 15)				

21. Frage zum Nettoeinkommen der zu versichernden Person

Wie hoch ist Ihr jährliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit? _____ EUR

22. Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen
(nicht bei Risikolebensversicherung)

Es wird Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen beantragt.

nur möglich unter folgenden Voraussetzungen

- monatlicher Gesamtbeitrag bis maximal 200 EUR pro versicherter Person
- maximales Eintrittsalter 45 Jahre
- keine weiteren Zusatzversicherungen
- keine der nebenstehenden Fragen kann mit „ja“ beantwortet werden

Es gilt eine **Wartezeit von drei Jahren** als vereinbart (siehe Seite 13).

Fragen an die zu versichernde Person:

a) Betreiben Sie eines der folgenden Hobbys: Flugsport aller Art, Motorradsport (nur anzugeben bei Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit), Bergsteigen über 5.000 m Höhe, Felsklettern ab Schwierigkeitsgrad 7, Eisklettern, Freeclimbing, Tauchen über 40 m Tiefe, Alleintauchgänge, Höhlentauchen, Boxsport oder andere Extremsportarten? ja nein

b) Erhalten oder erhielten Sie eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/ Erwerbsminderung/ Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden oder haben Sie eine solche beantragt? ja nein

c) Besitzen Sie einen Ausweis nach Schwerbehindertenrecht oder haben Sie einen solchen beantragt? ja nein

d) Besteht eine amtlich anerkannte Behinderung (z. B. GdB, MdE) oder ist eine solche Anerkennung beantragt? ja nein

23. Fragen zur Tätigkeit der zu versichernden Person

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

1.	Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):
2.	Bei Schülern Schularzt (z. B. Gymnasium, Montessorischule):	Bei Studenten Studiengang (z. B. Maschinenbau, Medizin):
3.	Welches ist der Grad der höchsten Ausbildung der zu versichernden Person?	<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Hochschulstudium <input type="checkbox"/> abgeschlossene kaufmännische Berufsausbildung (Regelausbildungszeit mindestens 3 Jahre) <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung in der Industrie oder im Handwerk <input type="checkbox"/> abgeschlossene Weiterbildung: Meisterprüfung, Techniker Ausbildung
4.	Welchen Anteil hat die Bürotätigkeit bzw. aufsichtführende Tätigkeit, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit der zu versichernden Person? (nicht erforderlich bei Risikolebensversicherungen ohne Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)	<input type="checkbox"/> unter 25 % <input type="checkbox"/> 50 % – 74 % <input type="checkbox"/> 25 % – 49 % <input type="checkbox"/> 75 % – 100 %
5.	Ist die zu versichernde Person Angestellter, Beamter, Selbstständiger, Gewerbetreibender oder Geschäftsführer mit Leitungsfunktion? Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der zu versichernden Person geführt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unter 5 <input type="checkbox"/> mindestens 10 <input type="checkbox"/> 5 – 9

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

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

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

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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 Württembergischen Lebensversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

Möglichkeit I:

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

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

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

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