



# Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

<b>3 Zahlungsweg</b> 3.1 Fehlende Inkassovollmacht 3.2 SEPA-Lastschriftmandat	<p><b>Bitte beachten Sie den Hinweis zur fehlenden Inkassovollmacht des Versicherungsvermittlers</b> (siehe Seite 5 unter Allgemeine Hinweise)</p> <p><b>Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07LKR0000002559 / Mandatsreferenznummer: Wird separat mitgeteilt</b></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 type="text"/> BIC <input type="text"/></p> <p>Angaben zum Kontoinhaber - nur ausfüllen bei Abweichung vom Antragsteller:</p> <p>Verhältnis zum Antragsteller <input type="text"/> Straße/Haus-Nr. <input type="text"/></p> <p>Vorname/Name <input type="text"/> Postleitzahl/Wohnort <input type="text"/></p> <p><b>Bitte immer angeben und unterschreiben - auch wenn der Kontoinhaber der Antragsteller ist:</b></p> <p>Datum <input type="text"/> <b>Unterschrift Kontoinhaber</b> (Vor- und Zuname) <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;"><b>X</b></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**

4.1	Bestehen bei anderen Gesellschaften Lebensversicherungen, Pflege-, Erwerbsunfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-Versicherungen (auch Zusatzversicherungen) oder Anwartschaften bei Versorgungswerken? Wenn ja: Welche Versicherungen bestehen und werden diese bei der Annahme dieses Antrags unverzüglich gekündigt oder wurden bereits gekündigt? Gesellschaft? <input type="text"/> Versicherungsart? <input type="text"/> Versicherungssumme/Jahresrente/Anwartschaft? <input type="text"/> bleibt bestehen? <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
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? Weshalb? <input type="text"/> Gesellschaft? <input type="text"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
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 type="text"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
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 type="text"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
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 type="text"/> Was? <input type="text"/> Anzahl täglich? <input type="text"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

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

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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
5.5	Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren <b>Krankheiten oder Funktionsstörungen</b>	
	a) des <b>Herzens</b> oder des <b>Kreislaufs</b> (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Herzfehler, ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Venenleiden)?*	a) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	b) der <b>Atmungsorgane</b> (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma, COPD, Heuschnupfen, Schlafapnoe)?*	b) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	c) der <b>Verdauungsorgane</b> (z. B. Sodbrennen, Darmentzündung, Gastritis, Leberentzündung, Magengeschwür, erhöhte Leberwerte, Gallensteine, Entzündung der Bauchspeicheldrüse)?*	c) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	d) der <b>Harn- oder Geschlechtsorgane</b> (z. B. Nierensteine, Blut/Eiweiß im Urin, Zystenniere, Nierentzündungen, chronische Nierenerkrankungen, Prostataentzündung, Dialysebehandlung, Gebärmutterentfernung, Nierenversagen)?*	d) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	e) des <b>Stoffwechsels</b> oder <b>Hormonhaushalts</b> (z. B. Zuckerkrankheit, ärztlich festgestellte Blutfett-, Cholesterin- oder Leberwerterhöhungen, Schilddrüsenkrankungen)?*	e) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	f) <b>Blut- oder Tumorerkrankungen</b> (z. B. Krebs, gutartige Hirntumore, Blutarmut, Leukämie, Gerinnungsstörungen)?*	f) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	g) <b>entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen</b> (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Morbus Bechterew, Fibromyalgie)?*	g) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	h) <b>Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten</b> (z. B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis, Gehirnhautentzündung)?*	h) nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	i) der <b>Psyche, des Gehirns, des Nervensystems</b> (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"/>
5.6	Wurden Ihnen in den letzten 5 Jahren <b>Arzneimittel</b> verordnet (Verhütungsmittel müssen nicht angegeben werden)? Wenn ja: Welche? <input type="text"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
5.7	Körpergröße und Gewicht? <input type="text"/> cm <input type="text"/> kg	
5.8	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in <b>psychotherapeutischer Behandlung</b> ?*	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
5.9	Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen <b>Rücken- bzw. Wirbelsäulenbeschwerden</b> (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Lumbago) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung (z. B. Krankengymnastik)?*	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
5.10	Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Beschwerden mit <b>Knochen und Gelenken</b> (z. B. Sprung-, Knie-, Hüft-, Schultergelenken) sowie mit den dazugehörigen <b>Muskeln, Bändern und Sehnen</b> , weswegen Sie in Behandlung waren?*	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
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"/>
5.12	Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine <b>Allergie</b> , ein <b>Heuschnupfen</b> , eine <b>Neurodermitis</b> oder sonstige <b>Hautveränderungen/Hautkrankheiten</b> bzw. <b>Ekzeme</b> ?*	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
5.13	Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine <b>Sehstörung</b> oder <b>Erkrankung der Augen</b> (z. B. grauer/grüner Star, Augenverletzungen)?*	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
5.14	Besteht eine <b>Fehlsichtigkeit</b> (z. B. Kurzsichtigkeit)?* Wenn ja: Wieviel Dioptrien? rechts: <input type="text"/> links: <input type="text"/>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
5.15	Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine <b>Störung im Gehör</b> (z. B. Hörsturz, Hörminderung, Gleichgewichtsstörungen Tinnitus)?*	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

- 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: Anzahl Beiblätter   
(ggf. gesondertes Blatt unter Verweis auf die jeweilige Frage verwenden)

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:  Soll der Antrag unabhängig hiervon in Kraft treten?  nein  ja  
Der Antrag ist nicht von besonderen Vereinbarungen abhängig.

**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.