

Richtig vorsorgen

Mit den Produkten der Württembergische Lebensversicherung AG.

Abschluss einer:

Risikolebensversicherung mit vereinfachten Gesundheitsfragen
(zur Absicherung eines Kredites oder bei Geburt eines Kindes)

- Risikolebensversicherung Premium
- Risikolebensversicherung Kompakt

Ihr Fels in der Brandung.

Antrag auf Abschluss einer Risikolebensversicherung mit vereinfachten Gesundheitsfragen

- Risikolebensversicherung Premium
- Risikolebensversicherung Kompakt

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

Der **Abschluss** einer Risikolebensversicherung mit vereinfachten Gesundheitsfragen ist **nur möglich bei Geburt oder Adoption** eines Kindes innerhalb der letzten 6 Monate **oder bei Aufnahme eines Darlehens** zur Finanzierung einer selbstgenutzten Wohnimmobilie innerhalb der letzten 6 Monate. Es kann eine Todesfall-Leistung von maximal 400.000 Euro inkl. Bonus vereinbart werden; im Fall der Kreditsicherung zudem höchstens bis zur Höhe des nachgewiesenen Kredites, maximal 400.000 Euro.

► **Dem Antrag ist ein Nachweis über die Erfüllung der Abschlussvoraussetzungen beizufügen** (z. B. Geburtsurkunde des Kindes bzw. Kopie des Darlehensvertrages).

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

■ Antragsteller (Versicherungsnehmer) 1 Herr 2 Frau

Berufliche Stellung 4 Firma

Angestellter der Privatwirtschaft (3)

Gewerblicher Arbeitnehmer (4)

Selbstständiger Handwerker (9)

seit

Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1)

seit

Beamter/öffentlicher Dienst (2)

Hausfrau/-mann (6)

Rentner, Pensionär (5)

Schüler, Auszubildender, Student (7)

nicht bekannt, berufslos (0)

Titel, Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Länderkennzeichen	Postleitzahl	Wohnort
D-		

Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

Telefon	E-Mail

Derzeitige Tätigkeit	Beruf (Ausbildung)	Branche

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

Ist der Antragsteller und/oder der wirtschaftlich Berechtigte eine juristische Person (z. B. AG, GmbH, KG, Stiftung etc.), so ist stets das Formular DSLegi1 (Ziffer 2.) auszufüllen und mit den entsprechenden Nachweisen dem Antrag beizufügen.

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

Erkundigungspflicht (immer erforderlich)

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

Name, Anschrift der Person (wirtschaftlich Berechtigter)

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

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

Berufliche Stellung

Angestellter der Privatwirtschaft (3)

Gewerblicher Arbeitnehmer (4)

Selbstständiger Handwerker (9)

seit

Sonstige Selbstständige, Freiberufler (1)

seit

Beamter/öffentlicher Dienst (2)

Hausfrau/-mann (6)

Rentner, Pensionär (5)

Schüler, Auszubildender, Student (7)

nicht bekannt, berufslos (0)

Titel, Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Länderkennzeichen	Postleitzahl	Wohnort

Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

Telefon	E-Mail

Derzeitige Tätigkeit	Beruf (Ausbildung)	Branche

■ Mitzuversichernde Person 1 Herr 2 Frau

(nur bei Tarif SPV oder SBV)

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

Titel, Vorname, Nachname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort

Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort	Staatsangehörigkeit

Telefon	E-Mail

Derzeitige Tätigkeit	Beruf (Ausbildung)	Branche



■ Risikolebensversicherung Tarife (siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes) Risikoklasse der zu versichernden Person Risikoklasse der mitzuversichernden Person (nur bei Tarif SPV, SBV)	Beginn der Versicherung Tag 01	Monat Jahr	Eintrittsalter ¹⁾ ; ²⁾ ; ³⁾	Jahre	Beitragszahlungsdauer:	Jahre	Versicherungsdauer ²⁾ ; ³⁾ :	Jahre	
	¹⁾ Höchst Eintrittsalter: 50 Jahre (gilt bei den Tarifen SPV und SBV auch für die mitzuversichernde Person) ²⁾ Maximales Endalter: 67 Jahre (gilt bei den Tarifen SPV und SBV auch für die mitzuversichernde Person) ³⁾ Maximale Versicherungsdauer: 25 Jahre								
Garantierte Leistung im Todesfall (bei Vereinbarung eines konstanten Todesfallschutzes)							EUR		
Garantierte Leistungen im Todesfall (bei Vereinbarung eines flexiblen Todesfallschutzes)									
Im 1. Versicherungsjahr				EUR		Im		. Versicherungsjahr	EUR
Im				EUR		Im letzten Versicherungsjahr		EUR	
Überschussverwendung (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)							<input type="checkbox"/> Beitragsverrechnung		<input type="checkbox"/> Todesfall-Bonus
■ Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (nur möglich für die zu versichernde Person)	<input type="checkbox"/> Es wird Tarif BU_ ohne Gesundheitsfragen beantragt. (Tarif BU ____) ¹⁾								
	¹⁾ Hier Tarifzusatz eintragen (1+, 1, 2+, 2, 3 oder 4)				Ablaufalter für Beitragsbefreiung (Tarif BU _)				Jahre
Nur möglich unter folgenden Voraussetzungen: – monatlicher Gesamtbeitrag bis maximal 250 EUR – maximales Eintrittsalter 45 Jahre – keine der nebenstehenden Fragen kann mit „ja“ beantwortet werden Es gilt eine Wartezeit von 3 Jahren als vereinbart (siehe Schlusserklärung).				Fragen an die zu versichernde Person:					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				a) Sind Sie besonderen Gefahren bei Sport und Hobby (z. B. Flugsport aller Art, Motorsport (nur anzugeben bei Teilnahme an Wettkämpfen, Rennen oder Veranstaltungen zur Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit), Bergsport (nur anzugeben bei Bergsteigen über 5.000 m Höhe, Klettern ab Schwierigkeitsgrad 7 UIAA (In- oder Outdoor), Klettersteiggehen ab Schwierigkeitsgrad D, Solo-, Speed-, Höhlen-, Gebäude-, Wettkampf-, Eisklettern oder Freeclimbing sowie Expedition/Erstbegehung), Tauchsport, Reitsport, Kampfsport oder andere Extremsportarten) ausgesetzt?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				b) Erhalten oder erhielten Sie eine Rente oder Abfindung wegen Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Erwerbsminderung/Pflegebedürftigkeit oder körperlicher Schäden oder haben Sie eine solche beantragt?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				c) Besitzen Sie einen Ausweis nach Schwerbehindertenrecht oder haben Sie einen solchen beantragt?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				d) Besteht eine amtlich anerkannte Behinderung (z. B. GdB, MdE) oder ist eine solche Anerkennung beantragt?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
■ Unfall-Zusatzversicherung (siehe Rubrik "Tarifbezeichnung" am Ende des Dokumentes)	<input type="checkbox"/> Tarif U/UV Die Höhe der Zusatzleistungen entspricht der Höhe der Todesfall-Leistung der Hauptversicherung im 1. Versicherungsjahr, jedoch höchstens 250.000 EUR. Erläuterungen: siehe Versicherungsbedingungen.								
	Zahlungsweise <input type="checkbox"/> Monatlich <input type="checkbox"/> Vierteljährlich <input type="checkbox"/> Halbjährlich <input type="checkbox"/> Jährlich								
■ Beitrag	Gesamtbeitrag (Rundungsdifferenz ist möglich)							EUR	
	Zahlbeitrag 1. Versicherungsjahr (Hinweise zur Überschussbeteiligung siehe Versicherungsbedingungen)							EUR	
■ Bezugsrecht (auch für die im Versicherungsfall auszuzahlende Überschussbeteiligung)	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 oder <input type="checkbox"/> Name, Geburtsdatum, Anschrift				
■ Besondere Vereinbarungen/Hinweise (Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen)	 								
	Hypothek: <input type="checkbox"/> Policierung sofort <input type="checkbox"/> Policierung nach Darlehensannahme <input type="checkbox"/> Hypothekenzertifikat WL								

■ Fragen an die zu versichernde(n) Person(en)

Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht und zur Beantwortung der Fragen

Da wir auf Ihre Angaben angewiesen sind, um das Risiko und den Beitrag angemessen einschätzen zu können, bitten wir Sie, alle Fragen richtig und vollständig zu beantworten. Falls Sie die gestellten Fragen unrichtig oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden oder sogar verlieren können. Bei einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann die Württembergische Lebensversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern. Für eine ausführliche Darstellung der Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung verweisen wir auf die Anlage „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“ (direkt im Anschluss an dieses Antragsformular).

Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person (VP) und ggf. die mitzuversichernde Person (MVP)

	VP		MVP	
	Ja	Nein	Ja	Nein
1. Sind Sie derzeit voll oder teilweise arbeitsunfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Waren Sie innerhalb der letzten 2 Jahre vor Antragstellung länger als 2 Wochen zusammenhängend krank oder wegen ein und derselben Erkrankung häufiger als zweimal in Behandlung, Beratung oder Kontrolle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre regelmäßig (mehr als zweimal wöchentlich) Medikamente ein? Hierbei geht es um ärztlich verordnete Medikamente, z.B. Betablocker, Blutverdünner, Insulin, Hormonpräparate, Antidepressiva. Nicht gemeint sind z.B. Vitaminpräparate, Antibabypille, oder ab und zu eingenommene Kopfschmerztabletten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-, Kuraufenthalte oder Operationen stattgefunden oder sind solche ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? Nicht anzugeben sind: Entbindung, Blinddarmentfernung / -operation, Mandelentfernung / -operation, Nasenscheidewandoperation, Operation grauer Star, Zahnoperation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeine Fragen an die zu versichernde Person (VP) und ggf. die mitzuversichernde Person (MVP) (Fortsetzung)

5. Wurden in den letzten 5 Jahren Anträge auf Lebensversicherungen zu erschwerten Bedingungen angenommen oder abgelehnt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Hinweis: Wird eine der Fragen 1. – 5. von einer Person mit „Ja“ beantwortet, ist ein Abschluss mit vereinfachten Gesundheitsfragen nicht möglich und Antrag 21241 erforderlich. Aus den Erhebungen in den Fragen 6. und 7. kann sich ggf. eine weitere Gesundheitsprüfung oder eine Ablehnung ergeben.

6. Haben Sie neben der beantragten Lebensversicherung noch weitere Versicherungen auf Ihr Leben beantragt oder abgeschlossen? Wenn ja: bei welcher Versicherungsgesellschaft und in welcher Höhe (Todesfall-Leistung inkl. Bonus)?				
Antwort der zu versichernden Person (VP):				
<input type="checkbox"/> Ja, in der Höhe von	EUR	Bei Versicherungsgesellschaft	<input type="checkbox"/> Nein	
Antwort der mitzuversichernden Person (MVP):				
<input type="checkbox"/> Ja, in der Höhe von	EUR	Bei Versicherungsgesellschaft	<input type="checkbox"/> Nein	
7. Wie sind Ihre derzeitigen Körpermaße?	Antwort der zu versichernden Person (VP):	Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	
	Antwort der mitzuversichernden Person (MVP):	Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	
8. Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft erteilen?				
Name und Anschrift des Arztes der zu versichernden Person (VP):				
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau				
Name und Anschrift des Arztes der mitzuversichernden Person (MVP):				
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau				

Fragen zu Raucherstatus und Nikotinkonsum (Bitte beachten Sie die Hinweise zum Nikotinkonsum auf Seite 9)

	VP		MVP	
	Ja	Nein	Ja	Nein
9. Sind Sie Nichtraucher? (Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor Antragstellung Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Pfeife, Kautabak, Schnupftabak, Wasserpeife, Shisha, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Falls 9. mit „Ja“ beantwortet wurde: Sind Sie Nichtraucher (gemäß obiger Definition) seit mindestens 10 Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ Fragen zur Tätigkeit der zu versichernden Person

1. Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):		
2. Bei Schülern Schulart (z. B. Gymnasium, Montessorischule):	Bei Studenten Studiengang (z. B. Maschinenbau, Medizin):		
3. Hat die zu versichernde Person einen Hochschulabschluss?	<input type="checkbox"/> Bachelor <input type="checkbox"/> Staatsexamen*	<input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Keinen	<input type="checkbox"/> Diplom
Hat die zu versichernde Person eine Berufsausbildung oder eine qualifizierende Weiterbildung?	<input type="checkbox"/> Kaufmann <input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Industrie <input type="checkbox"/> Fachwirt/Betriebswirt <input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Handwerk
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		

■ Fragen zur Tätigkeit der mitzuversichernden Person

1.	Derzeitige Tätigkeit:	Beruf (Ausbildung):		
2.	Bei Schülern Schulart (z. B. Gymnasium, Montessorischule):	Bei Studenten Studiengang (z. B. Maschinenbau, Medizin):		
3.	Hat die mitzuversichernde Person einen Hochschulabschluss?	<input type="checkbox"/> Bachelor	<input type="checkbox"/> Master	<input type="checkbox"/> Diplom
		<input type="checkbox"/> Staatsexamen*	<input type="checkbox"/> Keinen	
	Hat die mitzuversichernde Person eine Berufsausbildung oder eine qualifizierende Weiterbildung?	<input type="checkbox"/> Kaufmann	<input type="checkbox"/> Industrie	<input type="checkbox"/> Handwerk
		<input type="checkbox"/> Techniker/Meister	<input type="checkbox"/> Fachwirt/Betriebswirt	<input type="checkbox"/> Keine
4.	Welchen Anteil hat die Bürotätigkeit bzw. aufsichtführende Tätigkeit, bezogen auf die Gesamtarbeitszeit der mitzuversichernden 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 mitzuversichernde Person Angestellter, Beamter, Selbstständiger, Gewerbetreibender oder Geschäftsführer mit Leitungsfunktion? Wenn ja, Anzahl der vollzeitbeschäftigten Mitarbeiter, die von der mitzuversichernden 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		

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

- **Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung (gilt für die zu versichernde Person und bei den Tarifen SPV und SBV ebenfalls für die mitzuversichernde 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.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der unten (3.2.) angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

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

- durch uns selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Württembergische Lebensversicherung AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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

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

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

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

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

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

- Möglichkeit I:** zu versichernde Person
 mitzuversichernde Person

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

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

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

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

- Möglichkeit II:** zu versichernde Person
 mitzuversichernde Person

Ich wünsche, dass mich die Württembergische Lebensversicherung AG in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Württembergische Lebensversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Württembergische Lebensversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

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

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

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

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

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

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

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

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

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

Die zurzeit gültige Liste für die Württembergische Lebensversicherung AG finden Sie unter der Rubrik „Erklärungen und Hinweise“. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/ dienstleister bei Eingabe des Produktcodes „LV79589“ eingesehen oder angefordert werden bei Württembergische Lebensversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, Telefon: 0711/662-0, E-Mail: kundenservice@wuerttembergische.de.

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

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Württembergische Lebensversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Wüstenrot & Württembergische Gruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die Württembergische Lebensversicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa HIS GmbH (Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden, www.informa-his.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken können wir an das HIS melden. Wir und andere Versicherer fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für eine Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die Württembergische Lebensversicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherer ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziffer 2.1).

3.5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass wir zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem melden, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird (siehe Ziffer 3.4). Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

■ **Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer**

Folgende Einwilligung ist nur relevant, wenn die zu versichernde Person bzw. die ggf. mitzuversichernde Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist:

Die Württembergische Lebensversicherung AG gibt grundsätzlich keine Gesundheitsdaten der zu versichernden Person(en) an den Versicherungsnehmer der beantragten Versicherung weiter. Gleichwohl kann es im Rahmen der Antrags-, Vertrags- bzw. Leistungsbearbeitung erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer auf versicherungsrechtlicher Grundlage Daten zur Kenntnis zu geben, die Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der zu versichernden Person bzw. der ggf. mitzuversichernden Person zulassen.

So erfährt der Versicherungsnehmer im Rahmen der ihm zur Verfügung zu stellenden Vertragsunterlagen, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken in den Vertrag aufgenommen wurden. Anlässlich einer Prüfung der Leistungspflicht kann es erforderlich werden, dem Versicherungsnehmer zur Begründung unserer Leistungsentscheidung auch Gesundheitsdaten zu übermitteln. **Die zu versichernde Person bzw. die ggf. mitzuversichernde Person willigt ein, dass die Württembergische Lebensversicherung AG ihre Gesundheitsdaten in diesen Fällen an den Versicherungsnehmer übermitteln darf.**

■ **Einwilligungserklärung (gilt für den Antragsteller)**

Ich möchte auch weiterhin aktiv beraten und informiert werden:

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

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

■ **Wichtig für den Antragsteller**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte den Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in der Anlage am Ende des Antragsformulars, die Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen und die wichtigen Hinweise. **Die Erklärungen enthalten auch Ermächtigungen zur Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken.** Die Schlussfolgerungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie sind mit Ihrer Unterschrift Inhalt dieses Antrages.

Der Inhalt dieses Antrages wurde vollständig zur Kenntnis genommen. Die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird hiermit versichert.

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

■ **Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen**

Wichtig

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

Diese Umfassen:

- Antragsformular
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Versicherungsbedingungen
- Beratungsprotokoll
- Informationen gemäß § 7 VVG
- Steuerliche Informationen
- Datenschutzhinweise

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

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

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)
------------	---

■ **Beitragszahlung**

Abweichend von § 33 Abs. 1 VVG in Verbindung mit § 152 Abs. 3 VVG ist der erste Versicherungsbeitrag bereits unverzüglich nach der Übergabe des Versicherungsscheines zu zahlen.

■ **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige die Württembergische Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Württembergische Versicherung AG von meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Rückerstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich weiß, dass durch diese Rückerstattung mein Versicherungsschutz gefährdet wird, da der Versicherungsbeitrag rückwirkend als nicht bezahlt gilt. Die Rechtsfolgen entnehme ich den Versicherungsbedingungen meines Vertrages.

Der Versicherer wird spätestens 5 Tage vor Einreichung der ersten Lastschrift und bei Änderungen über den Lastschriftbetrag und Belastungstag informieren. Ich verpflichte mich, dem Versicherer stets meine aktuellen Adressdaten mitzuteilen.

Der Versicherer wird sie an die Württembergische Versicherung AG weiterleiten.

Württembergische Versicherung AG, 70163 Stuttgart
Gläubiger-Identifikations-Nummer: DE81ZZZ0000052734
 Das Lastschriftmandat mit diesem Konto soll verwendet werden
 für diesen Vertrag.
 für alle meine bestehenden Versicherungsverträge bei der Württembergische Versicherung AG, der Württembergische Lebensversicherung AG, der Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG und der Württembergische Krankenversicherung AG.

Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer

Vorname, Zuname, Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl	Wohnort
--------------	---------

Angaben zum Konto
Kreditinstitut (Name)

		BIC
IBAN		
LKZ	Prüfz.	zusätzlich Auslands-IBAN
Ort	Datum	Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Versicherungsnehmer

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

■ **Ihr Widerrufsrecht**

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

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

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

Ort, Datum
Unterschrift des <u>Antragstellers</u> (Versicherungsnehmer bzw. Kontoinhaber), bei Firmen zusätzlich Firmenstempel
Unterschrift der <u>zu versichernden Person</u> (erforderlich, wenn diese nicht Antragsteller ist)
Unterschrift der <u>mitzuversichernden Person</u> (erforderlich bei Tarif SPV oder SBV)
Unterschrift(en) aller <u>gesetzlichen Vertreter</u> (immer erforderlich, wenn Antragsteller, zu versichernde Person und/oder mitzuversichernde Person minderjährig ist/sind)
Unterschrift des <u>Vermittlers</u> (Ich bestätige die Angaben zum Geldwäschegesetz und die aufgrund des Originals erstellte und beigefügte Kopie des Legitimationsdokumentes sowie die Angabe des Geburtsdatums der zu versichernden Person[en].)

VNR		Aktion- Kennzeichen	Sto.-Res.	Wettbew.	BeG-Kennzeichen
0 5 –	–				
Kollektivnummer		Verwaltungsgruppennummer			Kollektivvereinbarungsnummer
0 1 –	–	0 1 –	–		

Erklärungen und Hinweise

Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen

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

Rechtsnachfolge

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

Eine ggf. mitversicherte Person wird in diesem Fall nicht Versicherungsnehmer.

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

Bezugsrecht

Der Bezugsberechtigte erhält die fällige Leistung. Sofern nichts anderes festgelegt wurde, ist das Bezugsrecht widerruflich und kann daher jederzeit bis zum Eintritt des Versicherungsfalles vom Versicherungsnehmer geändert werden. Zur Änderung des Bezugsrechts sowohl im Todesfall als auch bei Berufsunfähigkeit ist zudem die Zustimmung der versicherten Person erforderlich. Wenn ein unwiderrufliches Bezugsrecht vereinbart wurde, ist eine Änderung nur mit Zustimmung des Bezugsberechtigten möglich. In diesem Fall erhält bei einer Kündigung des Vertrages grundsätzlich nicht der Versicherungsnehmer, sondern der bzw. die unwiderruflich Bezugsberechtigte(n) einen etwaigen Rückkaufwert. Dies gilt auch dann, wenn das unwiderrufliche Bezugsrecht nur für den Todesfall besteht. Der Versicherungsnehmer hat die Möglichkeit, im Rahmen der Einräumung des unwiderruflichen Bezugsrechtes durch eine entsprechende Mitteilung gegenüber dem Versicherer eine hiervon abweichende Festlegung zu treffen.

Wichtige Hinweise

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

Wichtiger Hinweis zum Nikotinkonsum der zu versichernden Person(en) bei Vereinbarung einer Versicherung als Nichtraucher

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

Vorläufiger Versicherungsschutz bei den Tarifen SP, SPV, SB, SBV, U und UV

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

Information zur Beurteilung des wirtschaftlichen Interesses/Klärung von widersprüchlichen Angaben

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

Wartezeit bei Tarifen ohne Gesundheitsfragen

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

Ausnahmen und weitere Details: siehe Versicherungsbedingungen.

Wichtiger Hinweis bei Abschluss eines Tarifs mit Wartezeit ohne Gesundheitsfragen

Bereits bei Personenversicherern des W&W-Konzerns bekannte Risiken werden durch die Württembergische Lebensversicherung AG entsprechend geprüft und können zu einer Einschränkung/Ablehnung des Versicherungsschutzes bzw. einem erhöhten Beitrag führen.

Liste über datenverarbeitende Stellen der Württembergische Lebensversicherung AG

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

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Württembergische Krankenversicherung AG
- Württembergische Versicherung AG
- Württembergische Rechtsschutz Schaden-Service-GmbH
- Württembergische Vertriebspartner GmbH
- Wüstenrot Bausparkasse AG
- Wüstenrot Immobilien GmbH
- W&W Asset Management GmbH
- W&W Informatik GmbH
- W&W Service GmbH
- Altmark Versicherungsmakler GmbH
- Adam Riese GmbH

Übertragene Aufgaben

Die Unternehmen der W&W-Gruppe verwenden Ihre Daten zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, IBAN, BIC, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.

- Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA) bei der Deutschen Rentenversicherung Bund über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV)

Übertragene Aufgaben

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

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

- Berufskundliche Gutachter

Übertragene Aufgaben

Überprüfung und Auswertung der Daten für die Frage, ob eine Berufsunfähigkeit besteht

- Beauftragte Rechtsanwälte

Übertragene Aufgaben

Vertretung im Fall eines Rechtsstreits, rechtliche Begutachtung eines Versicherungsfalles

- Privatermittler

Übertragene Aufgaben

Sachverhaltsermittlung im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung

- Ombudsmann

Übertragene Aufgaben

Datenaustausch bei Beschwerden

Ihre Einwilligung zu einer umfassenden Beratung und Kontaktaufnahme zu Werbezwecken:

Mit Ihrer Zustimmung verwenden die Unternehmen der W&W-Gruppe oder die regional für Sie jeweils zuständigen Vermittler der Württembergische Versicherung AG oder der Wüstenrot Bausparkasse AG Ihre Kontaktdaten, um Sie über Finanzdienstleistungen der W&W-Gruppe und nachfolgend genannter weiterer Finanzdienstleister per Telefon oder E-Mail, SMS, Messaging-Dienste (z. B. WhatsApp) oder Soziale Netzwerke (z. B. Facebook) informieren zu können. Bei den weiteren Finanzdienstleistern handelt es sich um die European Bank for Financial Services GmbH (85609 Aschheim) und die Oldenburgische Landesbank AG (26016 Oldenburg).

Wer nutzt Ihre Einwilligung?

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

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

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

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

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

Tarifbezeichnungen

(Erläuterungen siehe Versicherungsbedingungen)

Risikolebensversicherungen

Risikolebensversicherungen auf den Todesfall

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

Zusatzversicherungen

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

- Tarife BU_ und BUR_

Unfall-Zusatzversicherung

- Tarif U und UV (mit Partnerbaustein)

Tarifzusätze

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

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

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

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

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Todesfall-Leistung

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

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

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

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

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

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

(2) Berufsunfähigkeits-Leistung

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

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

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

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

Unsere Leistungen enden, wenn

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

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

(3) Höchstbetrag

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

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

(1) Allgemeine Voraussetzungen

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

- Sie haben im Antragsformular die Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen unterzeichnet.
- Zwischen der Unterzeichnung des Antrags und dem beantragten Versicherungsbeginn liegen nicht mehr als 2 Monate.
- Sie haben uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt oder den ersten Beitrag bereits bezahlt.
- Sie haben das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht.
- Ihr Antrag bewegt sich im Rahmen unserer Tarife, Versicherungsbedingungen sowie Annahmerichtlinien (siehe § 4 Absatz 2).
- Das Antragsformular hat die versicherte Person vor ihrem 65. Geburtstag unterzeichnet. Abweichend hiervon hat die versicherte Person beim Tarif BURV das Antragsformular vor ihrem 58. Geburtstag, beim Tarif BURVN vor ihrem 31. Geburtstag unterzeichnet.
- Sie haben keinen Antrag mit Wartezeit gestellt. Abweichend besteht bei Tarif SZ auch bei vereinbarter Wartezeit vorläufiger Versicherungsschutz.

- Bei den Tarifen SB, SBV und SZ gilt zusätzlich: Wir leisten nur bei Tod durch Unfall (siehe Absatz 2)

- Bei den Tarifen BURV, BURVN und GFRV gilt zusätzlich:

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn ein neuer Versicherungsvertrag über die Wechseloption der Berufsunfähigkeitsversicherung, über die BU-Wechseloption der Grundfähigkeitsversicherung oder im Rahmen einer Umdeckung beantragt wird.

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

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

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes

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

(2) Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes

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

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Allgemeine Ausschlüsse

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

(2) Besondere Ausschlüsse

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

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

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

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

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

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

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

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

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

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

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



württembergische

Ihr Fels in der Brandung.

Württembergische Lebensversicherung AG

Vorstand:

Jacques Wasserfall (Vorsitzender), Zeliha Hanning, Alexander Mayer, Dr. Susanne Pauser, Jens Wieland

Aufsichtsratsvorsitzende: Jürgen A. Junker

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B Nr. 280

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart
Telefon 0711 662-0

Besuchanschrift:

Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West

Postanschrift: 70163 Stuttgart

Bankverbindung:

HypoVereinsbank (UniCredit Bank AG)

Arabellastraße 12, 81925 München

IBAN: DE50 6602 0286 0002 0003 00

BIC: HYVEDEMM

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

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, sofern Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben.

Kündigen wir den Versicherungsvertrag, wandelt er sich in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

3. Vertragsänderung

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

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

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.