



Antrag. **Württembergische** **Krankenversicherung AG.**

Abschluss/Änderung einer Krankenzusatzversicherung.



württembergische

Ihr Fels in der Brandung.

VNR	Gruppen-/Kollektivvertragsnummer	Kopie Versicherungsschein an Makler/Mehrfachagent für interne Bearbeitung <input type="checkbox"/> ja	
Mitwirkung		Anteil Mitw.	Abweichende Abschluss-Agentur
Kunden-Nr.	Gesch.-St.-Nr. Agentur-Nr. PZ	Gesch.-St.-Nr. Agentur-Nr. PZ	%

Beratungsprotokoll Kranken-Zusatzversicherungen

- ☐ Versicherer
- ☐ Gesprächsteilnehmer
- ☐ Vermittler/beratende Person
- ☐ Kundensituation
- ☐ Grund für das Gespräch/
Beratungswunsch
- ☐ Erfassung der Risikodaten durch
- ☐ Empfehlung und Begründung
des Vermittlers
- ☐ Gründe für die abweichende
Kundenentscheidung
- ☐ Besondere Hinweise
- ☐ Unterschriften
Unterschrift des Vermittlers/zugleich
im Namen der Württembergischen
Krankenversicherung AG

Württembergische Krankenversicherung AG

Titel, Vorname, Zuname		Agentur-Nr.
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	Anzahl Kinder _____	Alter der Kinder _____
Jahresbruttoeinkommen EUR _____		Jahresnettoeinkommen EUR _____
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet		
Ich möchte ... <input type="checkbox"/> mein Einkommen bei längerer Krankheit absichern <input type="checkbox"/> den Versicherungsschutz meiner Kinder verbessern <input type="checkbox"/> für den Pflegefall vorsorgen <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> meinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz optimieren und meine Zuzahlungen begrenzen <input type="checkbox"/> im ambulanten Bereich <input type="checkbox"/> im stationären Bereich <input type="checkbox"/> im zahnärztlichen Bereich Außerdem möchte ich ... _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> Antrag <input type="checkbox"/> Gesundheitsfragebogen/Selbstausskunft		
<input type="checkbox"/> Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der erhobenen Risikodaten, des Versicherungsangebots, der Annahmerichtlinien sowie ggf. für Tarife der betrieblichen Krankenversicherung dem mit dem Vertriebspartner vereinbarten, zugrundeliegenden Kollektivvertrag. Der Umfang der gewünschten Versicherung wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen und der Leistungsvarianten – erläutert. Der aufgenommene Antrag entspricht dem Kundenwunsch und der Empfehlung des Vermittlers und deckt den ermittelten Versicherungsbedarf angemessen ab. _____ _____		
<input type="checkbox"/> Der gewünschte Versicherungsschutz weicht von der Empfehlung des Vermittlers ab. _____		
<input type="checkbox"/> Auf die Altersumschreibung zum nächsten 01.01. wurde hingewiesen. (Sprung in eine andere Beitragsaltergruppe und nur bei Tarifen nach Art Schaden) <input type="checkbox"/> Soweit für den Tarif/die Tarife diese bestehen, wurde auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten hingewiesen. Bei den Tarifen mit Leistungen für Zahnersatz wurde die Zahnstaffel erklärt. <input type="checkbox"/> Der Kunde wünscht eine bestehende Krankenversicherung zu kündigen und stattdessen eine neue Versicherung abzuschließen. Besonders im Bereich der Krankenversicherung kann dies oft mit erheblichen Nachteilen verbunden sein. Der Kunde ist daher in jedem Fall über eventuelle Nachteile konkret aufzuklären. Dies ist für die Krankenversicherung im Formular 40921 dokumentiert worden. Das Formular wird dem Antrag beigelegt.		
Ort, Datum		Unterschrift des Kunden
Unterschrift Vermittler		Unterschrift weiterer Gesprächspartner

Antrag Krankenzusatzversicherung

1. Antragsteller (Versicherungsnehmer)

- ☐ Herr ☐ Frau
- ☐ Änderungsantrag
- ☐ Neuantrag
- ☐ Mitarbeiter im W&W-Konzern

Versicherungsbeginn

2. Zu versichernde Personen

– zusätzlich Zuname angeben, wenn nicht wie Antragsteller –

Person 1

☐ VP = VN

Titel, Vorname, Zuname			
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	E-Mail	
Telefon privat	Fax privat	Telefon geschäftlich	Fax geschäftlich
Titel, Vorname, Zuname		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller			Staatsangehörigkeit
Berufliche Stellung			
<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin, Angestellte/r im öffentl. Dienst	
<input type="checkbox"/> Gewerbl./r Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler	<input type="checkbox"/> Schüler/in Auszubildende/r, Student/in	
<input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann		
Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung			

2. Fortsetzung
Zu versichernde Personen
 – zusätzlich Zuname angeben,
 wenn nicht wie Antragsteller –

Person 3

3. Tarife und Beiträge
 alle Beiträge in Euro

a) Zahn & Brille

b) Vorsorge/Brille

**c) Auslandsreise-
Krankenversicherung**

**d) Naturheilverf., Heilpraktiker,
Vorsorge, Sehhilfen**

**e) Heilpraktiker, Sehhilfen
Zuzahlungen**

**f) Hilfsmittel, Zuzahlungen,
Vorsorgeuntersuchungen**

g) Krankentagegeld

h) Zweibettzimmer, Wahlarzt

i) Einbettzimmer

j) Krankenhaustagegeld

k) Pflegetagegeld PremiumPlus

l) Pflegetagegeld Komfort

m) Ambulant Privatpatient Premium

n) Beitragsentlastung im Alter

**o) Einbettzimmer, Wahlarzt,
Kfo – nur für Kinder**

**p) Zahnersatz ZahnKompakt,
ZahnKomfort, ZahnPremium**

**q) Zahnbehandlung Plus
(nur mit ZE)**

r) Zahnersatz

s) Zahnbehandlung

4. Zahlweise

5. Angaben zum Krankentagegeld nur notwendig bei Beantragung von Krankentagegeld-Tarifen
 (Bitte beachten Sie auch den Hinweis "Erklärungen zum Nettoeinkommen..." auf Seite 9.)

Monatliches Durchschnittseinkommen
 netto der letzten zwölf Monate aus
 beruflicher Tätigkeit (bei Selbstständigen:
 Betriebseinnahmen abzüglich Betriebs-
 ausgaben)

Dauer der Gehaltsfortzahlung

Gewerbeanmeldung seit?

Besteht Anspruch auf Krankengeld in der

gesetzlichen Krankenversicherung?

Besteht anderweitig eine private
 Krankentagegeldversicherung?

Titel, Vorname, Zuname		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller		Staatsangehörigkeit	
Berufliche Stellung			
<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin, Angestellte/r im öffentl. Dienst	
<input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler	<input type="checkbox"/> Schüler/in Auszubildende/r, Student/in	
<input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann		
Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung			

Titel, Vorname, Zuname		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller		Staatsangehörigkeit	
Berufliche Stellung			
<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Selbstständige/r Handwerker/in	<input type="checkbox"/> Beamter/Beamtin, Angestellte/r im öffentl. Dienst	
<input type="checkbox"/> Gewerbliche/r Arbeitnehmer/in	<input type="checkbox"/> Sonstige Selbstständige, Freiberufler	<input type="checkbox"/> Schüler/in Auszubildende/r, Student/in	
<input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in	<input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann		
Derzeitige berufliche Tätigkeit, Studienfachrichtung			

Die Tarife a) bis c) können ohne Beantwortung der Gesundheitsfragen beantragt werden.

Tarif	Person 1	Person 2	Person 3
BZGU20, BZGF20/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR
VSU, VSF/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR
RKM, RKFM/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR

Für die Tarife d) bis n) müssen die Gesundheitsfragen 1 bis 6 beantwortet werden.

NH/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
EGU, EGNU, EGNF/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
ASU/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
KTU, KTSU, KTNF Tagessatz EUR Monatsbeitrag EUR	1. KT	2. KT	1. KT	2. KT	1. KT
SZ, SZR, SGF/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
SZE, SEU, SEF/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
KHTU – Tagessatz/ Monatsbeitrag EUR					
PTPU – Tagessatz/ Monatsbeitrag EUR					
PTKU – Tagessatz/ Monatsbeitrag EUR					
AGU/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR
SBZU – Entlastung/ Monatsbeitrag EUR					

Für den Tarif o) müssen die Gesundheitsfragen 1 bis 7 beantwortet werden.

SGKU/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR
------------------------	-----	-----	-----	-----

Für die Tarife p) bis s) müssen die Gesundheitsfragen 8 bis 12 beantwortet werden.

ZE50, ZE70, ZE90/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR
ZBE/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR
ZGU30, ZGU50, ZGU70, ZGF30, ZGF50, ZGF70/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR
ZBU/ Monatsbeitrag	EUR	EUR	EUR	EUR

<input type="checkbox"/> monatlich (ab 10 EUR*)	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> jährlich	* Ausnahme KISO Kompakt
---	--	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

Person 1	Person 2	Person 3
Monatliches Durchschnittseinkommen netto der letzten zwölf Monate aus beruflicher Tätigkeit (bei Selbstständigen: Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben)		
Dauer der Gehaltsfortzahlung		
Gewerbeanmeldung seit?		
Besteht Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung?		
Besteht anderweitig eine private Krankentagegeldversicherung?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höhe KT: _____	Höhe KT: _____	Höhe KT: _____

■ **6. Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen**

Wichtig!

Folgende Unterlagen, die Bestandteile des Versicherungsvertrags sind, habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:

- Antrag
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID)
- Individuelle Vertragsinformationen
- Information nach § 7 VVG sowie § 1 VVG-InfoV
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Datenschutzhinweise
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB; einschließlich Tarif, ggf. im Informationsheft)

Falls Unterlagen in elektronischer Form (z. B. durch CD/DVD, E-Mail als Adobe-Reader-Datei) zugegangen sind, bin ich damit einverstanden. Bitte beachten Sie die **wichtigen Hinweise zum Vertragsschlussverfahren auf Seite 9**.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Stand der erhaltenen Unterlagen

■ **7. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Der Text beruht auf der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung, die 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt wurde.

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 Krankenversicherung AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Krankenversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistenzgesellschaften 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 Versicherungsvertrags 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 Württembergischen Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung 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:

Für Person 1: ☐ Für Person 2: ☐ Für Person 3: ☐

Ich willige ein, dass die Württembergische Krankenversicherung AG – soweit es 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 Krankenversicherung AG übermittelt werden.

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

Für Person 1: ☐ Für Person 2: ☐ Für Person 3: ☐

Ich wünsche, dass mich die Württembergische Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Württembergische Krankenversicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von drei Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Württembergische Krankenversicherung 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 Ziffer 2.1. – Möglichkeit I).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Württembergischen Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Württembergische Krankenversicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Württembergische Krankenversicherung 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 ist auf Seite 10 angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.wuerttembergische.de/dienstleister bei Eingabe des Produktcodes „KV31011“ eingesehen oder bei Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, Vertragsservice, Tel.-Nr. 0711/662723113 oder Leistungsservice, Tel.-Nr. 0711/662722112, E-Mail: kranken@wuerttembergische.de angefordert werden.

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 Krankenversicherung 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 Krankenversicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Wüstenrot & Württembergische-Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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

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

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

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

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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

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

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

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

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

8. Gesundheitsfragen

Der Abschluss einer privaten Krankenversicherung setzt eine sogenannte Risikoprüfung voraus. Unsere Fachabteilungen werten diese Angaben aus.

Bitte beantworten Sie alle Fragen richtig und vollständig. Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass die Württembergische Krankenversicherung AG vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag anfechten, den Vertrag kündigen, den Vertrag rückwirkend anpassen oder die Leistung verweigern kann. 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 8 dieses Antrags). Bitte nennen Sie uns 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.

Falls Ihnen Einzelheiten einer ärztlichen Behandlung nicht bekannt oder nicht mehr in Erinnerung sind, wäre es hilfreich, wenn Sie Ihren Arzt befragen. Dieser bewahrt Patientenakten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung auf. Bitte beachten Sie zur Beantwortung auch den Hinweis "Gesundheitsfragen" auf Seite 10.

	Person 1	Person 2	Person 3
Körpergröße und Gewicht cm/kg	/	/	/
1. Fanden in den letzten 10 Jahren Behandlungen, Beratungen oder Untersuchungen statt wegen einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen (durch einen Arzt festgestellt) bzw. stehen noch Testergebnisse zu solchen aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Schlaganfall, Herzinfarkt, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Herzfehler, Durchblutungsstörung des Gehirns, Erkrankung des Gehirns, Aneurysma (bestehend), Blutgerinnungsstörung, arterielle Verschluss-erkrankung, Diabetes Mellitus, Epilepsie, Demenz, Alzheimer, Parkinson, Morbus Huntington, Neurose, Psychose, schwere Depression, Essstörungen, Schizophrenie, Suchterkrankung, Krebs, Leukämie, HIV-Infektion, Mukoviszidose, Multiple Sklerose, systemischer Lupus erythematodes, Rheuma, Polyarthrit, Polynuropathie, Morbus Bechterew, Osteoporose, Schlafapnoe, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, chroni-sche Pankreatitis, chronische Nierenerkrankung, Nierenversagen, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Organtransplantation, geistige Behinderung, Wachkoma, Down-Syndrom, chronische Lebererkrankung, chronische Lungenerkrankung, chronische Muskelerkrankung, chronische Infektionskrankheiten?			
Hinweis: Auf Seite 9 sind einige der hier genannten Erkrankungen näher erläutert.			
Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, kann Versicherungsschutz nur für die Tarife VSU/VSF/ZE50/ZE70/ZE90/ZBE/ ZGU/ZGF/BZGU20/BZGF20/ZBU/RKM geboten werden.			

8. Gesundheitsfragen (Fortsetzung)

2. Haben folgende Behandlungen/Untersuchungen stattgefunden, sind solche angeraten oder beabsichtigt? (Hierzu gehören auch Vor- und Nachsorgeuntersuchungen.) a) In den letzten 5 Jahren : stationäre, psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen/Untersuchungen oder ambulante Operationen. oder b) In den letzten 3 Jahren : ambulante Behandlungen/Untersuchungen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3. Für Kinder bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres zu beantworten: Waren die bisher erfolgten U-Untersuchungen ohne Befund oder Auffälligkeiten? Hinweis: - Wird die Frage mit "nein" beantwortet, benötigen wir Kopien aller bisher erfolgten U-Untersuchungen. - Sollte die U3-Untersuchung noch nicht erfolgt sein, so können wir erst über Ihren Antrag entscheiden, sobald das Ergebnis dieser Untersuchung vorliegt.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
4. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Pflegebedürftigkeit, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit oder eine anerkannte Behinderung (Grad der Behinderung) oder wurde die Feststellung zu einem der zuvor genannten Fälle beantragt oder ein Widerspruch eingelegt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
5. Nehmen oder nahmen Sie innerhalb der letzten 2 Jahre regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Medikamente (auch solche, die nicht ärztlich verordnet waren)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
6. Haben Sie Körperimplantate (außer Zahnimplantate) oder eine Hilfsmittelversorgung (z.B. Hörgeräte)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Frage 7 muss bei der Absicherung von Leistungen nach Tarif SGKU (Kinder bis 7 Jahre) beantwortet werden.			
7. Liegt eine angeborene Kieferanomalie vor oder wird bzw. wurde ein Kieferorthopäde konsultiert oder eine Untersuchung/ Behandlung beim Kieferorthopäden angeraten oder ist eine solche beabsichtigt? Wird diese Frage mit "ja" beantwortet kann nur ein Antrag für die Tarife SZ und SZE gestellt werden.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zusatzfragen Zahnbereich Bitte beachten Sie, dass für zahnärztliche Behandlungen, kieferorthopädische Leistungen und Zahnersatzmaßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits begonnen wurden oder angeraten oder geplant sind, kein Versicherungsschutz besteht. Fragen 8 und 9 müssen nur von zu versichernden Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr beantwortet werden, Frage 9 auch nicht für die Tarife ZBU und ZBE.			
8. Besteht oder bestand in den letzten 24 Monaten eine ärztlich festgestellte Zahnbitterkrankung (z. B. Parodontose)? Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, muss ein aktueller Parodontalstatus beigefügt werden.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
9.a) Haben Sie fehlende Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschluss) und/oder sind Zähne durch Voll- oder Teilprothesen (herausnehmbarer Zahnersatz) ersetzt? Hinweis: Jeder durch diese Form versorgte Zahn ist als fehlender Zahn zu zählen. Wird diese Frage mit "ja" beantwortet, bitte Gesamtzahl angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl _____
9.b) Haben Sie mehr als zwei Kronen, Brückenglieder, Implantate? Wird diese Frage mit "ja" beantwortet bitte Gesamtzahl angeben.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl _____	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl _____
Haben Sie Fragen 8 und 9 alle mit "nein" beantwortet, müssen Sie die nachfolgenden Gesundheitsfragen nicht beantworten! Ist dies nicht der Fall, dann ist zu prüfen, ob eine Zahnstaffelverlängerung vereinbart werden muss und beantworten Sie auch die nachfolgenden Fragen. Fragen 10 und 11 sind von allen zu versichernden Personen zu beantworten, ausgenommen Fragen 8 und 9 wurden mit "nein" beantwortet.			
10. Waren Sie in den letzten 5 Jahren beim Zahnarzt? Hinweis: Waren Sie in dieser Zeit nicht beim Zahnarzt gilt immer eine Zahnstaffelverlängerung auf 96 Monate. Ergibt sich bereits aus Frage 9 eine Zahnstaffelverlängerung, kann im Tarif ZE/ ZGU kein Versicherungsschutz angeboten werden.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
11. Fanden in den letzten 3 Jahren Behandlungen oder Untersuchungen wegen Kiefergelenksbeschwerden (z. B. Knirscherschiene) statt? Hinweis: Haben Sie mit "ja" geantwortet, sind Behandlungen wegen Kiefergelenksbeschwerden ausgeschlossen. Dazu zählen auch alle Formen der Schienentherapie und weitergehende funktionelle Maßnahmen. Mit dieser Regelung erklären sich der Versicherungsnehmer und alle versicherten Personen einverstanden.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besondere Vereinbarung für Zahnersatztarife ZE/ZGU/ZGF:			
Ich bin einverstanden mit der Verlängerung der Begrenzung der Zahnersatzleistung (Zahnstaffel) auf Monate <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 96 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 96			
Frage 12 muss nur bei ZE70/ZE90 und für zu versichernde Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beantwortet werden.			
12. Haben oder hatten Sie – eine ärztlich festgestellte Zahnfehlstellung oder Kieferanomalie und/ oder sind Zähne nicht angelegt (Weisheitszähne ausgenommen) oder – eine kieferorthopädische Maßnahme, ist eine solche angeraten bzw. beabsichtigt? Wird diese Frage mit "ja" beantwortet, dann sind kieferorthopädische Behandlungen vom Versicherungsschutz ausgenommen.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

9. Vorversicherung, anderweitig bestehende, beantragte oder abgelehnte Versicherungen

Bei welcher Kasse/welchem Unternehmen besteht die gesetzliche/private Krankenversicherung?
Besteht eine gesetzliche oder private Pflegeversicherung?
Wurde eine anderweitig beantragte private Krankenversicherung abgelehnt oder wurde von einer privaten Krankenversicherung zurückgetreten oder wurde diese angefochten?
Wo?
Warum?

Person 1	Person 2	Person 3
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____
_____	_____	_____

10. Weitere Angaben

Weitere Angaben zu den Gesundheitsfragen 2 bis 7, die bejaht wurden. Erforderlichenfalls gesondertes unterschriebenes Blatt beifügen und hier <input type="checkbox"/> ankreuzen.				
Person Nr.	Frage Nr.	Diagnose, Art und Verlauf der Krankheit, Name des Medikaments usw.	Wann? Wie lange? Folgenlos ausgeheilt?	Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift

Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben? Bitte Namen und Anschrift angeben!

Person 1	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Person 2	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Person 3	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau

■ **Beginn Versicherungsschutz**

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.

■ **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 informiert.

☐ Ja, ich bin einverstanden, dass mich die W&W-Gruppe per **E-Mail, SMS, Messaging- Dienst oder Sozialem Netzwerk** über Finanzdienstleistungen informiert.

Weitere Erläuterungen dazu finden Sie in den Erklärungen und Hinweise auf den Seiten 9 bis 10. Ich kann diese Einwilligung jederzeit, ohne Einfluss auf abgeschlossene Verträge, widerrufen. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

■ **Widerrufsbelehrung**

Sie können Ihre Vertragserklärung widerrufen. Wie und unter welchen Voraussetzungen dies möglich ist, entnehmen Sie bitte der Widerrufsbelehrung auf Seite 9 dieses Antrags.

■ **SEPA-Lastschriftmandat**

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

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: DE81ZZZ00000052734
Das Lastschriftmandat mit diesem Konto soll verwendet werden

☐ für diesen Vertrag.

☐ für alle meine bestehenden Versicherungsverträge beim Konzernverbund "Wüstenrot und Württembergische" - bei der Württembergische Versicherung AG, der Württembergische Lebensversicherung AG, der Allgemeinen Rentenanstalt Pensionskasse AG, der Württembergische Krankenversicherung AG und der Karlsruher Lebensversicherung AG.

Angaben zur Adresse, wenn Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer

Vorname, Zuname, Firma

Straße und Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

**Angaben zum Konto
Kreditinstitut (Name)**

BIC

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.

■ **Hinweis auf möglichen Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen**

Hiermit willige ich ein, dass der mir benannte erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge fällig wird, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn dieses Versicherungsvertrags/dieser Versicherungsverträge.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die Fragen in diesem Antrag vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben zum Informationsaustausch mit Vorversicherern zu Leistungsfällen oder Vorversicherungen sowie zur Ergänzung oder Überprüfung Ihrer Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen, sofern diese nicht vollständig sind oder Anhaltspunkte für unrichtige Angaben bestehen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

■ **Wichtige Hinweise**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Seiten 8 bis 9 den Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und die wichtigen Erklärungen und Hinweise.

Die Erklärungen enthalten unter anderem die Schlusserklärung des Antragstellers; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. **Die Erklärungen enthalten auch Ermächtigungen zur Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten zu Werbezwecken.** Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Die Unterschriften des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) sowie gegebenenfalls des gesetzlichen Vertreters gelten für alle beantragten Versicherungen.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und nichts weggelassen habe. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsschluss, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet (vergleiche Seite 8).

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

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift des Antragstellers und Kontoinhabers

(1) Unterschrift der zu versichernden Person 1 (ab 16 Jahren) bzw. gesetzlicher Vertreter

(2) Unterschrift der zu versichernden Person 2 (ab 16 Jahren) bzw. gesetzlicher Vertreter

(3) Unterschrift der zu versichernden Person 3 (ab 16 Jahren) bzw. gesetzlicher Vertreter

Ort	Datum
-----	-------

Unterschrift Vermittler/Vorwahl/Telefon-Nr.

Aktions-KZ

Wettbew.

Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben? (Hinweis nach § 19 Abs. 5 VVG)

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 Beitrags zu, welcher bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

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. 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 weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei 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 Vertrags 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.

Wichtige Erklärungen und Hinweise

Vertragsschlussverfahren

1. Haben Sie bereits alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie die Datenschutzhinweise erhalten, werden wir Ihren Antrag umgehend prüfen.
Die Versicherungsverträge kommen erst zustande, wenn Sie von uns Ihren Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung erhalten.
2. Falls Sie nicht rechtzeitig alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie die Datenschutzhinweise erhalten haben, werden wir Ihren Antrag als Aufforderung ansehen, Ihnen ein Angebot zum Abschluss von Versicherungsverträgen zu unterbreiten.
Wir erstellen für Sie dann umgehend ein ausagefähiges Angebot mit allen oben genannten Informationen und Unterlagen.
Die Versicherungsverträge kommen in diesem Fall erst dann zustande, wenn Sie uns Ihre Annahmeerklärung unterzeichnet zurücksenden. Sie erhalten von uns daraufhin nochmals eine Information, die das Zustandekommen der Verträge bestätigt.
3. **Vor der schriftlichen Annahme meines Antrags durch die Gesellschaft bzw. Aushändigung des Versicherungsscheins wird mir von der Gesellschaft empfohlen, meine bisherige Versicherung vorläufig nicht aufzugeben.**

Schlussfolgerungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

1. **Verantwortlichkeit für den Antrag**
Ich habe die Antragsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden angegeben. Der Erhalt einer schriftlichen Annahmeerklärung durch den Versicherer steht dem Erhalt des Versicherungsscheins gleich. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und infolgedessen unter Umständen die Leistung verweigern kann.
2. **Es gelten zu den jeweils ausgewählten Tarifen zusätzlich die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen:**
Für die Krankheitskostenteilversicherung/ Krankenzusatzversicherung
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und Tarifbedingungen
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/S) für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VSU/VSF
 - Sonderbedingungen zur Beitragsentlastung im Alter (SBZU)**Für die Krankentagegeldversicherung**
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankentagegeldversicherung und Tarifbedingungen**Für die Private Pflegezusatzversicherung**
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die ergänzende Pflegekrankenversicherung und Tarifbedingungen**Für die Auslandsreisekrankenversicherung**
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVBRKM/AVBRKFM) für die Auslandsreisekrankenversicherung

3. **Erklärungen zum Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit bei Anträgen auf Krankentagegeld**
Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht.
Mir ist bewusst, dass für den Abschluss einer Krankentagegeldversicherung die korrekte Angabe der beruflichen Tätigkeit erforderlich ist.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:
Württembergische Krankenversicherung AG,
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart,
E-Mail Adresse:
kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de,
Internetadresse: <http://www.wuerttembergische.de>.
Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Telefaxnummer zu richten:
0711 662-723380 bzw. -723910.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten (1/30 der Monatsprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie für jeden Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat). Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Erkrankungen

Was verbirgt sich dahinter?

Koronare Herzkrankheit

Chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße

Herzinsuffizienz

Funktionsstörung des Herzens, welches deshalb den Körper nicht ausreichend mit Blut versorgen kann

Arterielle Verschlusskrankheit

Störung der arteriellen Durchblutung der Extremitäten

Diabetes Mellitus

Störung des Zuckerstoffwechsels im Körper

Epilepsie

Krampfanfallsleiden

Alzheimer-Krankheit

Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit des Gehirns

Parkinson-Krankheit

Langsam fortschreitende neurologische Erkrankung mit Absterben von Nervenzellen

Morbus Huntington

Schwere neurologische Erkrankung des Gehirns

Schizophrenie

Schwere psychische Erkrankung mit Störungen des Denkens und der Wahrnehmung

Mukoviszidose

Stoffwechselerkrankung, bei der die Schleimdrüsen dickflüssigen, zähen Schleim produzieren, der vor allem Verdauungsorgane und Lunge schädigt

Multiple Sklerose

Schwere chronisch entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit einem schubweisen Verlauf

Polyarthrit

Chronische entzündliche Erkrankung der Gelenke (fünf oder mehr Gelenke sind betroffen)

Polyneuropathie

Erkrankung des peripheren Nervensystems unterschiedlichster Ursache, die mit Muskelschwäche und Gefühlsstörungen einhergeht

Morbus Bechterew

Chronisch entzündliche rheumatische Erkrankung mit Schmerzen und Versteifung von Gelenken

Osteoporose

Knochenschwund, welcher zur erhöhten Brüchigkeit von Knochen führt

Schlafapnoe

Atemstillstände während des Schlafens

Morbus Crohn

Chronisch entzündliche Darmerkrankung im unteren Dünndarm und Dickdarm, schubweise verlaufend

Colitis ulcerosa

Chronisch entzündliche Darmerkrankung im Mastdarm und Dickdarm, schubweise verlaufend

Chronische Lungenerkrankung

Chronische Erkrankungen der Lunge wie z. B. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) oder Asthma bronchiale mit Lungenfunktionseinschränkung

Wichtig: Asthma bronchiale ohne Lungenfunktionseinschränkung ist nicht anzugeben

Chronische Pankreatitis

Chronisch entzündliche Erkrankung der Bauchspeicheldrüse

Liste über datenverarbeitende Stellen der Württembergische Krankenversicherung AG

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

- Wüstenrot & Württembergische AG
- Allgemeine Rentenanstalt Pensionskasse AG
- Karlsruher Lebensversicherung AG
- Württembergische Lebensversicherung 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.

- gesetzliche Krankenkassen, mit denen Kooperationsverträge bestehen und bei denen Ihre gesetzliche Kranken- und/oder Pflegeversicherung durchgeführt wird

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) im Rahmen der Vermittlung von Versicherungsschutz durch gesetzliche Krankenkassen.

- Chipkartenhersteller

Übertragene Aufgaben

Herstellung und Ausgabe der Card für Privatversicherte.

- 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) im Rahmen der steuerlich berücksichtigungsfähigen Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir gesondert um Einwilligung bitten.

- Deutsche Rentenversicherung Bund – DEÜV-Postfach-Meldeverfahren

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Sechsten Sozialgesetzbuch (SGB VI) im Rahmen der Beitragszahlung zur Rentenversicherung für Pflegepersonen. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir Sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Bundesversicherungsamt

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) im Rahmen der Beitragszahlungspflicht zur Pflegepflichtversicherung.

- SCHUFA Holding AG

Übertragene Aufgaben

Bereitstellung von Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten (Bonität) und Wahrscheinlichkeitswerten auf der Grundlage des SCHUFA-Datenbestandes zur Beurteilung des Kreditrisikos (Score).

- infoscore Consumer Data GmbH

Übertragene Aufgaben

Bereitstellung von Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Informationen zur Beurteilung des Zahlungsausfallrisikos auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten (Scoring).

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

- Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Übertragene Aufgaben

Außergerichtliche Schlichtung von Streitigkeiten für Angelegenheiten der privaten Kranken- und Pflegeversicherung einschließlich etwaiger Beschwerden gegen Versicherungsvermittler

- gesetzliche Krankenkassen, mit denen Kooperationsverträge bestehen und bei denen Ihre gesetzliche Kranken- und/oder Pflegeversicherung durchgeführt wird

Übertragene Aufgaben

Durchführung der gesetzlichen Bestimmungen nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) im Rahmen der Vermittlung von Versicherungsschutz durch gesetzliche Krankenkassen. Wenn Sie uns eine Einwilligung zur Datenweitergabe von Gesundheitsdaten im Rahmen von ausgewählten Versicherungstarifen im Zusammenhang mit der Kostenerstattung erteilt haben, werden zusätzlich auch die Gesundheitsdaten übermittelt. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir Sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Assistancedienstleister

Übertragene Aufgaben

Erbringung von vereinbarten Assistenzleistungen bei Auslandsreisen und im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir Sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Leistungserbringer von Arznei- und Hilfsmitteln sowie Rehabilitations- und Pflegebedarf

Übertragene Aufgaben

Erbringung von Arznei- und Hilfsmitteln sowie Rehabilitations- und Pflegebedarf. Vor der konkreten Datenweitergabe werden wir Sie gesondert um Einwilligung bitten.

- Privatermittler

Übertragene Aufgaben

Sachverhaltsermittlung im Zusammenhang mit der Vertragserfüllung.

- Beauftragte Rechtsanwälte

Übertragene Aufgaben

Vertretung im Fall eines Rechtsstreits, rechtliche Begutachtung eines Versicherungsfalls.

- Assekurata Assekuranz- Rating GmbH, 50 823 Köln

Übertragene Aufgaben

Erstellung eines Unternehmensratings.

Ihre Einwilligung zu einer umfassenden Beratung 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 per Telefon oder E-Mail, SMS, Messaging-Dienst (z.B. WhatsApp) oder Soziale Netzwerke (z.B. Facebook) informieren zu können.

Gesundheitsfragen

Falls Sie gewisse Gesundheitsfragen dem Vermittler gegenüber nicht beantworten möchten, können Sie die Antworten innerhalb von drei Tagen dem Vorstand gegenüber durch eingeschriebenen Brief nachmelden.



württembergische

Ihr Fels in der Brandung.

Württembergische Krankenversicherung AG

Vorstand:

Norbert Heinen, Dr. Gerd Sautter

Aufsichtsratsvorsitzende:

Marlies Wiest-Jetter

Registergericht: Amtsgericht Stuttgart,

Handelsregister B Nr. 19456

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart

Besuchsanschrift:

Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West

Postanschrift: 70163 Stuttgart

Bankverbindung:

Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank, Ludwigsburg

IBAN: DE25 6042 0000 9000 0019 00

BIC: WBAGDE61

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