



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

**Abschluss von**


- **Kranken-Zusatzversicherungen ohne Risikoprüfung.**



**württembergische**

Ihr Fels in der Brandung.

Versicherungs-Nr.		Gruppenvertrags-Nr.	
		Mitwirkung	
		Anteil Mitw.	
		Abweichende Abschluss-Agentur	
Kunden-Nr.	Gesch.-St.-Nr. Agentur-Nr. PZ	Gesch.-St.-Nr. Agentur-Nr. PZ	%

<b>Beratungsprotokoll Kranken-Zusatzversicherungen</b>			
<input type="checkbox"/> Versicherer	<b>Württembergische Krankenversicherung AG</b>		
<input type="checkbox"/> Gesprächsteilnehmer			
<input type="checkbox"/> Vermittler/beratende Person			
<input type="checkbox"/> Grund für das Gespräch/ Beratungswunsch	Ich möchte meinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz verbessern ... <input type="checkbox"/> ... im ambulanten Bereich/Vorsorge <input type="checkbox"/> ... bei Sehhilfen <input type="checkbox"/> ... im zahnärztlichen Bereich/Zahnersatz <input type="checkbox"/> ... bei Auslandsreisen		
<input type="checkbox"/> Empfehlung und Begründung des Vermittlers	<input type="checkbox"/> Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der erhobenen Risikodaten, des Versicherungsangebots sowie der Annahmerichtlinien. 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"/> Soweit für den Tarif/ die Tarife diese bestehen, wurde auf die allgemeinen und besonderen Wartezeiten hingewiesen und die Zahnstaffel erklärt.		
<input type="checkbox"/> Besondere Hinweise	<input type="checkbox"/> Auf die Altersumschreibung (Sprung in eine andere Beitragsaltergruppe) zum nächsten 01.01. wurde hingewiesen (bei Tarif VSU). <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.		
<input type="checkbox"/> Zusätzliche/abweichende Empfehlung			
<input type="checkbox"/> Gründe für die abweichende Kundenentscheidung	<input type="checkbox"/> Der Beitrag für den empfohlenen Versicherungsschutz ist dem Kunden zu hoch. <input type="checkbox"/> Die vorgeschlagene Risikoabsicherung wird vom Kunden nicht als erforderlich erachtet. <input type="checkbox"/> Der Kunde hat das Risiko bereits versichert.		
<input type="checkbox"/> Unterschriften	Ort, Datum		Unterschrift des Kunden 

## Antrag Kranken-Zusatzversicherungen ohne Risikoprüfung

Bitte beachten Sie, dass für Behandlungen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits begonnen wurden oder angedacht sind, kein Versicherungsschutz besteht.

<input type="checkbox"/> 1. Antragsteller (Versicherungsnehmer) <input type="checkbox"/> 1 Herr <input type="checkbox"/> 2 Frau		Titel, Vorname, Zuname Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort Geburtsdatum Staatsangehörigkeit E-Mail Telefon privat Fax privat Telefon geschäftlich Fax geschäftlich	
<input type="checkbox"/> Änderungsantrag <input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Mitarbeiter im W&W-Konzern Versicherungsbeginn		Bitte beantworten Sie die untenstehenden Fragen vollständig und richtig. Sie können sonst den Versicherungsschutz gefährden. Näheres zu Ihrer Anzeigepflicht finden Sie auf Seite 6 unter „Welche Folgen hat eine Verletzung Ihrer Pflicht, die erfragten Gefahrumstände anzugeben?“	
<input type="checkbox"/> 2. Zu versichernde Personen – zusätzlich Familien- namen angeben, wenn nicht wie Antragsteller –		Titel, Vorname, Zuname <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Geburtsdatum Anschrift, wenn nicht Antragsteller Staatsangehörigkeit	
Person 1 <input type="checkbox"/> VP = VN Vorversicherung Person 1 Bei welcher Kasse/welchem Unternehmen besteht die gesetzliche/private Krankenversicherung? Person 2 Vorversicherung Person 2 Bei welcher Kasse/welchem Unternehmen besteht die gesetzliche/private Krankenversicherung?		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	

### Person 3

**Vorversicherung Person 3**  
Bei welcher Kasse/weilem Unternehmen besteht die gesetzliche/private Krankenversicherung?

### 3. Tarife und Beiträge

a) Zahn & Brille

b) Vorsorge/Brille

c) Auslandsreise-Krankenversicherung (nur zusammen mit a) versicherbar)

### 4. Zahlungsweise

### 5. Empfangsbestätigung für erhaltene Unterlagen

**Wichtig!**

Titel, Vorname, Zuname		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum
Anschrift, wenn nicht 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			

Person 1		Person 2		Person 3	
<input type="checkbox"/> BZGU20	EUR	<input type="checkbox"/> BZGU20	EUR	<input type="checkbox"/> BZGU20	EUR
<input type="checkbox"/> VSU	EUR	<input type="checkbox"/> VSU	EUR	<input type="checkbox"/> VSU	EUR
<input type="checkbox"/> RKM	EUR	<input type="checkbox"/> RKM	EUR	<input type="checkbox"/> RKM	EUR
<input type="checkbox"/> RKFM	EUR	<input type="checkbox"/> RKFM	EUR	<input type="checkbox"/> RKFM	EUR

☐ monatlich (ab 10 EUR) ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich

**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 7**.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmer)

Stand der erhaltenen Unterlagen

### 6. 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 Schweigepflichtentbindungen, 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 (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 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 künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

#### 2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

##### 2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten 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. 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 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 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 den Seiten 7 und 8 angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter [www.wuerttembergische.de/dienstleister](http://www.wuerttembergische.de/dienstleister) bei Eingabe des Produktcodes „KV31011“ eingesehen bei Württembergische Krankenversicherung AG, Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, Vertragsservice, Tel.-Nr. 0711/662723113 oder Leistungsservice, Tel.-Nr. 0711/662722112, E-Mail: [kranken@wuerttembergische.de](mailto:kranken@wuerttembergische.de) angefordert werden.

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 geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### 3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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.

#### ■ 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 7 und 8. 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 7 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: DE81ZZZ0000052734**

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 Beitrag (Einlösungsbeitrag) sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge fällig wird.

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 6 bis 8 den Hinweis auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und die wichtigen Erklärungen und Hinweise.**

Die Erklärungen enthalten unter anderem die Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen; 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.

- Unterschriften  
Die Durchschrift des Antrags habe ich erhalten.

**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 6).**

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

Unterschrift Vermittler, Ort, Datum, Vorwahl, Telefon-Nr.

## 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 Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung 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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

#### 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.

# 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.**

## Schlusserklärungen 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 den Tarif BZGU20:**
  - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung und Tarifbedingungen**Für den Tarif VSU:**
  - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für Tarif VSU**Für die Auslandsreisekrankenversicherung**
  - Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVBRKM/AVBRKFM) für die Auslandsreise-Krankenversicherung

## 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.

## 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
- AltmarkVersicherungsmakler 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 Privatsichere.

- 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, Zulaganträgen und Rentenbezugs-mitteilungen

- 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 Kostenersatzung 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 Assistancelleistungen 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.



**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  
Telefon 0711 662-0

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>