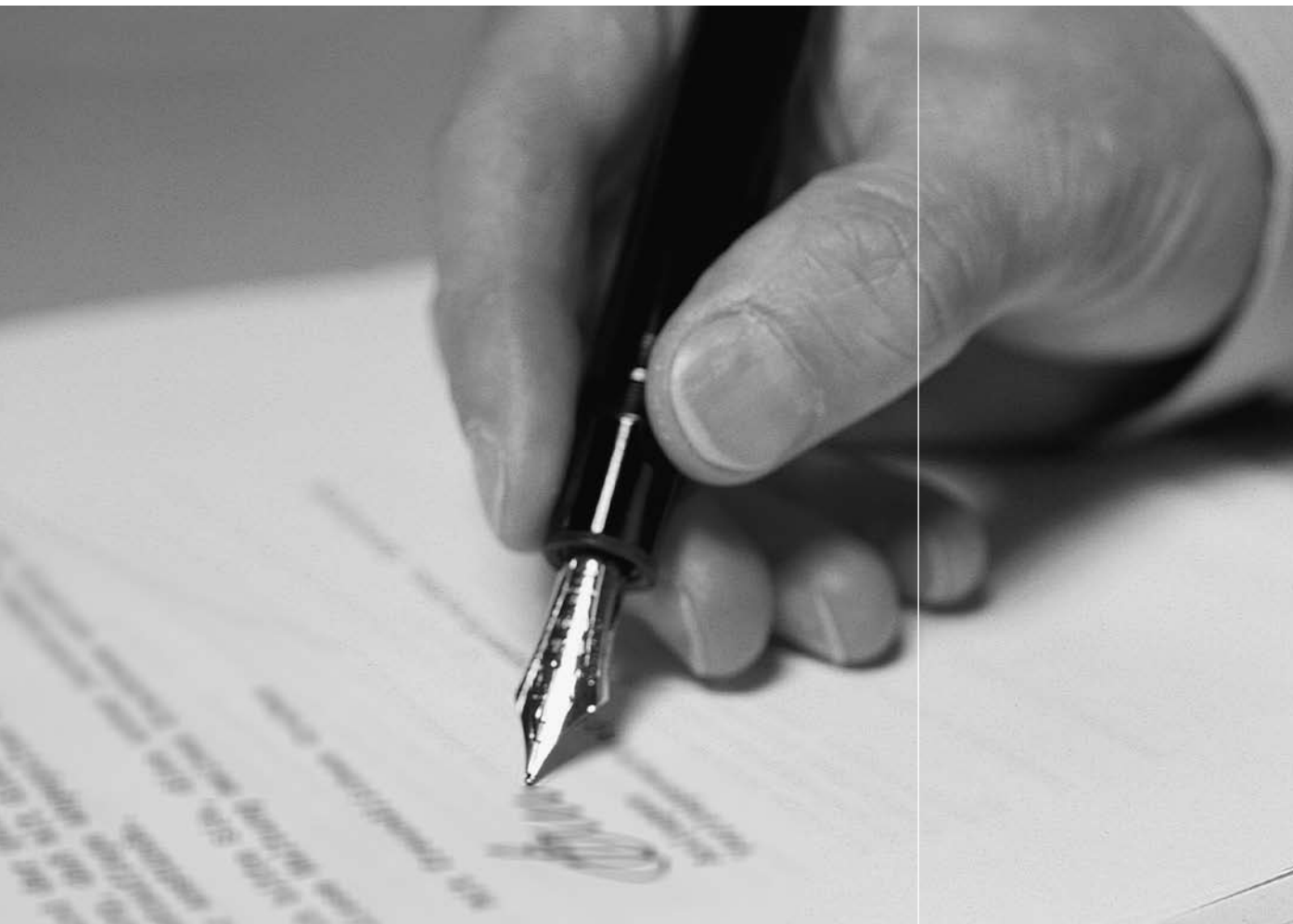


# Antrag auf Abschluss/Änderung einer Krankenzusatzversicherung



Württembergische  
Krankenversicherung AG

Expert Versicherungsmakler  
D. Lahn  
Kietz 33  
14793 Gräben  
Telef. 033833-70 929  
[www.expertversicherungsmakler.de](http://www.expertversicherungsmakler.de)



## Beratungsprotokoll Zusatzversicherung

**■ Gesprächsteilnehmer:**

|  |
|--|
|  |
|--|

**■ Vermittler/beratende Person**

|                |                |             |    |
|----------------|----------------|-------------|----|
| Vorname/Zuname | Gesch.-St.-Nr. | Agentur-Nr. | PZ |
|----------------|----------------|-------------|----|

**■ Grund für das Gespräch/  
Versicherungswunsch**

|  |   |
|--|---|
| 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"/> ... meinen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz optimieren und meine Zuzahlungen begrenzen | <input type="checkbox"/> ... _____  |
| <input type="checkbox"/> im ambulanten Bereich   |   |
| <input type="checkbox"/> im stationären Bereich  |   |
| <input type="checkbox"/> im zahnärztlichen Bereich   |   |

**■ Erfassung der Risikodaten durch**

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Antrag | <input type="checkbox"/> Gesundheitsfragebogen/Selbstauskunft |
|---------------------------------|---|

**■ Empfehlung und Begründung des Vermittlers**

Die Beratung erfolgte unter Einbeziehung der erhobenen Risikodaten, des Antrags sowie der Annahmerichtlinien. Der Umfang der gewünschten Versicherungen wurde dem Kunden an Beispielen – auf Basis der Versicherungsbedingungen – erläutert.

Der aufgenommene Antrag entspricht dem Kundenwunsch und der Empfehlung des Vermittlers und deckt den ermittelten Versicherungsbedarf angemessen ab.

**■ Zusätzliche/abweichende Empfehlung**

Aufgrund der individuellen Situation des Kunden empfiehlt der Vermittler zusätzlich/stattdessen den Abschluss der nachstehenden Versicherungen/Vereinbarungen:

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankentagegeld ab _____ Tag in Höhe von _____ EUR | <input type="checkbox"/> Auslandsreise- Krankenversicherung            |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsversicherung (EG/EGN/EGS)                | <input type="checkbox"/> Vorsorgeversicherung (VS)                     |
| <input type="checkbox"/> ambulanter Schutz                                  | <input type="checkbox"/> Zahnersatzzusatzversicherung                  |
| <input type="checkbox"/> stationäre Zusatzversicherung (SG/SE/SGR)          | <input type="checkbox"/> Pflegetagegeld (PT/PT3) in Höhe von _____ EUR |
| <input type="checkbox"/> Krankenhaustagegeld in Höhe von _____ EUR          |  |

**■ Gründe für die abweichende Kundenentscheidung**

**Der gewünschte Versicherungsschutz weicht von der Empfehlung des Vermittlers ab.**

Der Beitrag für den empfohlenen Versicherungsschutz ist dem Kunden zu hoch.

Die vorgeschlagene Risikoabsicherung wird vom Kunden nicht für erforderlich oder wichtig erachtet.

Der Kunde hat das Risiko bereits versichert:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**■ Unterschriften**

|  |  |
|--|--|
| Ort, Datum   | Unterschrift Kunde                             |
|  | _____  |
|  | Unterschrift weiterer Gesprächspartner         |
|  | _____  |
| Unterschrift Vermittler/zugleich im Namen der Württembergischen Krankenversicherung AG | ggf. Unterschrift weiterer Gesprächsteilnehmer |
|  | _____  |

## Antrag Zusatzversicherung

|                   |            |                |             |    |                              |             |    |                |             |    |
|-------------------|------------|----------------|-------------|----|------------------------------|-------------|----|----------------|-------------|----|
| Versicherungs-Nr. | Kunden-Nr. | Gesch.-St.-Nr. | Agentur-Nr. | PZ | Mitwirkung<br>Gesch.-St.-Nr. | Agentur-Nr. | PZ | Gesch.-St.-Nr. | Agentur-Nr. | PZ |
|-------------------|------------|----------------|-------------|----|------------------------------|-------------|----|----------------|-------------|----|

**■ 1. Antragsteller** (Versicherungsnehmer)

- Herr     Frau
- Neuantrag     Änderungsantrag

Versicherungsbeginn

O 1 \_\_\_\_\_

|                       |                     |                      |                  |
|-----------------------|---------------------|----------------------|------------------|
| Titel, Vorname/Zuname |                     |                      |                  |
| Straße und Hausnummer |                     |                      |                  |
| Postleitzahl          | Wohnort             |                      |                  |
| Geburtsdatum          | Staatsangehörigkeit | Beruf/Branche        |                  |
| Telefon               | Fax privat          | Telefon geschäftlich | Fax geschäftlich |

**■ 2. Zu versichernde Personen**  
– zusätzlich Familiennamen angeben, wenn nicht wie Antragsteller –

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| <b>Person 1</b> | = Antragsteller   | <input type="checkbox"/> Angestellter der Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Sonst. Selbstständige/Freiberufler<br><input type="checkbox"/> Gewerblicher Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamte, öffentl. Dienst<br><input type="checkbox"/> Selbstständiger Handwerker  |
| <b>Person 2</b> | Vorname _____<br>ggf. Nachname _____<br>Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller _____ | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> männlich<br><input type="checkbox"/> weiblich<br>Geburtsdatum _____<br>Berufliche Tätigkeit, Branche, Studienfachrichtung _____<br>Staatsangehörigkeit _____<br><input type="checkbox"/> Angestellter der Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Sonst. Selbstständige/Freiberufler<br><input type="checkbox"/> Gewerblicher Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamte, öffentl. Dienst<br><input type="checkbox"/> Selbstständiger Handwerker |
| <b>Person 3</b> | Vorname _____<br>ggf. Nachname _____<br>Anschrift, wenn nicht wie Antragsteller _____ | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> männlich<br><input type="checkbox"/> weiblich<br>Geburtsdatum _____<br>Berufliche Tätigkeit, Branche, Studienfachrichtung _____<br>Staatsangehörigkeit _____<br><input type="checkbox"/> Angestellter der Privatwirtschaft <input type="checkbox"/> Sonst. Selbstständige/Freiberufler<br><input type="checkbox"/> Gewerblicher Arbeitnehmer <input type="checkbox"/> Beamte, öffentl. Dienst<br><input type="checkbox"/> Selbstständiger Handwerker |

**3. Tarife und Beiträge** alle Beiträge in Euro

| Tarif  | Person 1                                 | Person 2                                 | Person 3                                 |
|--|--|--|--|
| Heilpraktiker, Sehhilfen, Zuzahlungen<br><b>EG, EGN, EGS/</b><br>Monatsbeitrag             | _____ / _____ EUR                        | _____ / _____ EUR                        | _____ / _____ EUR                        |
| Zweibettzimmer, Wahlarzt, Einbettzimmer<br><b>SG, SG+SE, SGR, SGR+SE/</b><br>Monatsbeitrag | _____ / _____ EUR                        | _____ / _____ EUR                        | _____ / _____ EUR                        |
| Zahnersatz<br><b>ZG30, ZG50, ZG70/</b><br>Monatsbeitrag                                    | _____ / _____ EUR                        | _____ / _____ EUR                        | _____ / _____ EUR                        |
| ZahnPlus/Brille<br><b>BZG20/</b><br>Monatsbeitrag  | BZG20 / _____ EUR                        | BZG20 / _____ EUR                        | BZG20 / _____ EUR                        |
| Vorsorgeuntersuchungen, Sehhilfen, ...<br><b>VS/</b><br>Monatsbeitrag                      | VS / _____ EUR                           | VS / _____ EUR                           | VS / _____ EUR                           |
| Hilfsmittel, Zuzahlungen, Vorsorgeuntersuchungen<br><b>AS/</b><br>Monatsbeitrag            | AS / _____ EUR                           | AS / _____ EUR                           | AS / _____ EUR                           |
| Krankenhaustagegeld<br><b>KHT</b><br>Tagessatz/Monatsbeitrag                               | _____ EUR/ _____ EUR                     | _____ EUR/ _____ EUR                     | _____ EUR/ _____ EUR                     |
| Krankentagegeld<br><b>KT</b> _____<br>Tagessatz/Monatsbeitrag                              | KT ab Tag: _____<br>_____ EUR/ _____ EUR | KT ab Tag: _____<br>_____ EUR/ _____ EUR | KT ab Tag: _____<br>_____ EUR/ _____ EUR |
| Pflegertagegeld<br><b>PT, PT3</b><br>Tagessatz/Monatsbeitrag                               | _____ EUR/ _____ EUR                     | _____ EUR/ _____ EUR                     | _____ EUR/ _____ EUR                     |
| Auslandsreise-Krankenversicherung<br><b>RKM, RKFM/</b><br>Monatsbeitrag                    | _____ / _____ EUR                        | _____ / _____ EUR                        | _____ / _____ EUR                        |
| Beitragsentlastung im Alter<br><b>SBA</b><br>Entlastung/Monatsbeitrag                      | _____ EUR/ _____ EUR                     | _____ EUR/ _____ EUR                     | _____ EUR/ _____ EUR                     |

**4. Zahlungsweise**     monatlich (nur ab 10 Euro)     vierteljährlich     halbjährlich (2% Skonto)     jährlich (4% Skonto)

**5. Angaben zum Krankentagegeld nur notwendig bei Beantragung von Krankentagegeld-Tarifen**

|   | Person 1   | Person 2   | Person 3   |
|---|--|--|--|
| Monatliches Durchschnittseinkommen netto der letzten zwölf Monate (bei Selbstständigen: Betriebseinnahmen abzüglich Betriebsausgaben) | Berufsgruppe <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C<br>_____ | Berufsgruppe <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C<br>_____ | Berufsgruppe <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C<br>_____ |
| Dauer der Gehaltsfortzahlung  | _____  | _____  | _____  |
| Gewerbeanmeldung seit/Anzahl der Beschäftigten  | _____ / _____  | _____ / _____  | _____ / _____  |
| Haben Sie für Ihr Handwerk den Meister- oder Gesellenbrief?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |
| Besteht Anspruch auf Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |

**6. Vorversicherung, anderweitig bestehende, beantragte oder abgelehnte Versicherungen**

| Bei welcher Kasse besteht die gesetzliche Krankenversicherung? | Person 1 | Person 2 | Person 3 | Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde eine solche beantragt/abgelehnt?   |
|--|----------|----------|----------|---|
| _____  | _____    | _____    | _____    | <b>Person 1</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Person 2</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Person 3</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

**7. Folgende Unterlagen habe ich vor Unterzeichnung meines Antrags erhalten:**

Produktinformationsblatt (ab 1.7.2008)

Informationsheft „Krankenzusatzversicherung – Grundlagen Ihres Krankenversicherungsvertrages und weitere Informationen“ inklusive

+ Übersichtsblatt – Verbraucherinformationen auf einen Blick ( nach § 7 VVG)

+ Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

+ Merkblatt zur Datenverarbeitung

Falls die oben angekreuzten Unterlagen in elektronischer Weise z.B. durch CD/DVD, E-Mail („Alle wichtigen Texte und Grundlagen für Ihren Versicherungsabschluss“ der Württembergische Krankenversicherung AG als Adobe-Reader-Datei) zuzugingen, bitte ankreuzen:

Die Unterlagen habe ich in Textform auf elektronischem Weg erhalten. Hiermit bin ich einverstanden. Bitte beachten Sie die **wichtigen Hinweise zum Vertragsschlussverfahren auf der Rückseite.**

|            |  |                                 |
|------------|--|---------------------------------|
| Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers) | Stand der erhaltenen Unterlagen |
|------------|--|---------------------------------|

**8. Gesundheitsangaben**

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

Eventuell durchgeführte prädiaktive Gentests müssen Sie hier in der Regel nicht angeben. Einzelheiten siehe Hinweis auf der Rückseite.

| Gesundheitsangaben  | Person 1  | Person 2  | Person 3  |
|---|---|---|---|
| Ihre Körpergröße/Gewicht  | _____ / _____   | _____ / _____   | _____ / _____   |
| 1. Bestehen oder bestanden in den letzten 10 Jahren schwere körperliche/organische Fehler, Beschwerden, chronische Krankheiten oder Infektionen (z.B. Gesundheitsstörungen oder Verletzungen des Gehirns, Autoimmun- bzw. schwerwiegende Stoffwechselerkrankungen (z.B. Mukoviszidose, Multiple Sklerose, insulinpflichtiger Diabetes), HIV-Infektion, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronische Lebererkrankung, Osteoporose, Krebs, Leukämie, Parkinson, Rheuma, Alzheimer, Demenz, Muskelschwund, Suchterkrankungen)<br><b>Wird diese Frage mit ja beantwortet, kann Versicherungsschutz nur für Tarife VS/ZG/BZG20/RK geboten werden.</b> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Sind Sie in den letzten <b>fünf Jahren</b> durch Ärzte, Heilpraktiker, Psychotherapeuten oder andere Behandler beraten, untersucht oder behandelt worden?  | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Behandlungen/Kontrolluntersuchungen angeraten oder stehen Untersuchungsergebnisse aus?  | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Werden oder wurden in den letzten <b>drei Jahren</b> regelmäßig Medikamente eingenommen?   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Fanden in den letzten <b>fünf Jahren</b> stationäre Aufenthalte statt?   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. <b>Bei Frauen:</b> Besteht eine Schwangerschaft?<br><b>Es besteht kein Versicherungsschutz für die bestehende Schwangerschaft einschließlich Entbindung.</b>   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> |

■ **8. Gesundheitsangaben (Fortsetzung)**

| Zusatzfragen nur bei Absicherung von Zahnleistungen  |   |   |   |  |
|--|---|---|---|--|
| 3. Sind Sie zur Zeit in zahnärztlicher Behandlung, planen bzw. beabsichtigen Sie eine zahnärztliche Behandlung oder ist eine solche angeraten?<br><b>Bitte beachten Sie, dass zur Zeit stattfindende oder geplante zahnärztliche Behandlungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind.</b> | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                 | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>                 | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>   |  |
| 9. Haben Sie mehr als zwei <b>Zahnlücken</b> (fehlender, nicht ersetzter Zahn; Weisheitszähne und Lückenschluss zählen nicht), oder mehr als zwei <b>sanierungsbedürftige</b> Zähne?   | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Anzahl _____ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Anzahl _____ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Anzahl _____                                       |  |
| 10. Haben Sie mehr als vier Kronen, Brückenglieder oder Implantate?  | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Anzahl _____ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Anzahl _____ | Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/><br>Anzahl _____                                       |  |
| <b>Besondere Vereinbarung (gilt nur für Zahnersatz):</b>   |   |   |   |  |
| Ich bin einverstanden mit der Verlängerung der Begrenzung der Zahnersatzleistung (Zahnstapel) 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 |  |
| <b>Weitere Angaben zur den Gesundheitsfragen 1 bis 10, die bejaht wurden.</b> Erforderlichenfalls gesondertes Blatt beifügen und hier <input type="checkbox"/> ankreuzen!  |   |   |   |  |
| Person   | Ziffer  | Diagnose, Art und Verlauf der Krankheit, Verletzung usw.                  | Wann? Wie lange? Folgenlos ausgeheilt?  | Behandelnde Ärzte, Krankenhäuser, Kuranstalten mit Anschrift |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |
|  |   |   |   |  |

■ **Wichtiger Hinweis**  
**Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die »Erklärungen und Hinweise«.** Die Erklärungen enthalten unter anderem Ermächtigungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen zur **Datenverarbeitung** sowie zum **neuen VVG**; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. 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.

■ **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.

■ **Entbindung von der Schweigepflicht**  
 Zum Zweck der Beurteilung des zu versichernden Risikos sowie zur Bewertung der Leistungspflicht des Versicherers befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort in den letzten zehn Jahren vor Antragsstellung untersucht, beraten, gepflegt oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf eine Krankenversicherung gestellt habe. Die Mitarbeiter des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risiko- oder Leistungsprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung oder Angebotsanforderung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt diese Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu zehn Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder ab sowie für die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen, welche die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können. Die Württembergische Krankenversicherung AG wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und mich darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.  
 Ich möchte die vorstehende Erklärung nicht abgeben und habe mich über die Rechtsfolgen auf der Antragsrückseite informiert.

■ **Widerrufsbelehrung**  
 Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Württembergische Krankenversicherung AG, Postfach, 70163 Stuttgart, E-Mail Anschrift: [kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de](mailto:kranken.vertragsservice@wuerttembergische.de), Telefax: 0711 662-3380 bzw. – 3910.

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen.

**Besondere Hinweise:**  
 Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

■ **Einzugsermächtigung**

Ver Versicherungsleistungen der Württembergischen Krankenversicherung AG werden auf dieses Konto überwiesen, falls nichts anderes vereinbart ist.

|   |   |
|---|---|
| Hiermit willige ich ein, dass   |   |
| • der erste oder einmalige Beitrag sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags/der Versicherungsverträge, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn fällig wird. |   |
| • die Beiträge für diesen Versicherungsvertrag/diese Versicherungsverträge jeweils bei Fälligkeit und bis auf Widerruf von unten stehendem Konto einzuziehen sind.              |   |
| Bezeichnung des Geldinstituts und Ort   | Bankleitzahl  |
| Kontonummer (kein Sparkonto)  | Kontoinhaber (Vorname, Zuname oder Fa.)                         |
| Ort/Datum   | Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Versicherungsnehmer |

**Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht und nichts weggelassen habe. Ich verpflichte mich, der Württembergischen Krankenversicherung AG entsprechende Nachweise vorzulegen und Veränderungen anzuzeigen. Wir weisen Sie auch auf die gesonderte Mitteilung auf der Rückseite in Bezug auf Anzeigepflichtverletzungen hin. Diese finden Sie unter der Überschrift »Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen und Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht in der privaten Krankenversicherung«.**

■ **Unterschriften**  
 Die Durchschrift des Antrags habe ich erhalten.

|  |  |
|--|--|
| Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers                        | Unterschrift der zu versichernden Person(en) ab dem 16. Lebensjahr |
| Unterschrift der zu versichernden Person(en) ab dem 16. Lebensjahr | Ort, Datum, Unterschrift des Antragsvermittlers                    |

Aktions-KZ  Wettbew.

# Erklärungen und Hinweise

## Wichtige Hinweise

### zum Vertragsschlussverfahren

Falls Sie rechtzeitig alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten haben, werden wir Ihren Antrag umgehend prüfen.

Der Vertrag kommt erst zustande, wenn Sie von uns Ihren Versicherungsschein oder eine Annahmeerklärung erhalten.

Falls Sie nicht rechtzeitig alle für Ihre Versicherungsverträge gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Informationsblätter einschließlich Belehrungen, das Beratungsprotokoll sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten haben, werden wir Ihren Antrag als Aufforderung ansehen, Ihnen ein Angebot zum Abschluss von Versicherungsverträgen zu unterbreiten.

Wir erstellen für Sie umgehend ein aussagefähiges Angebot mit allen oben genannten Informationen und Unterlagen.

Die Versicherungsverträge kommen erst dann zustande, wenn Sie uns Ihre Annahmeerklärung unterzeichnet zurücksenden. Sie erhalten von uns daraufhin nochmals eine Information, die das Zustandekommen der Verträge bestätigt.

## Schlussklärung des Antragstellers und der zu versichernden Personen

### 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. Abschluss des Vertrags

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

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.

### 3. 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) für Tarif VS

**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 Auslandsreise-Krankenversicherung

### 4. Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld und zur Berufsgruppe

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen 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.

In der Krankentagegeldversicherung werden folgende Berufsgruppen unterschieden:

#### Berufsgruppe A

Büro-/Verwaltungs- oder unterrichtende Tätigkeit im Innendienst.

#### Berufsgruppe B

Außendienst-, Verkaufs- und Beratungstätigkeit, körperliche und handwerkliche Tätigkeiten.

## Berufsgruppe C

Schwere oder gefahrenerhöhte körperliche oder handwerkliche Tätigkeit im Hoch- und Tiefbau sowie in Land- und Forstwirtschaft; Tätigkeit im Gastgewerbe.

Ein Wechsel der beruflichen Tätigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Führt der Berufswechsel zu einer Neuordnung innerhalb der Berufsgruppeneinteilung, wird der Beitrag entsprechend angepasst.

## 5. Information zur Schweigepflichtentbindungserklärung

Nach § 213 des Versicherungsvertragsgesetzes können Sie jederzeit verlangen, dass Datenerhebungen nur erfolgen, wenn Sie jeweils vorher in die einzelne Erhebung eingewilligt haben.

Geben Sie die umseitige Schweigepflichtentbindungserklärung nicht ab oder widersprechen Sie einer Ihnen angezeigten Datenerhebung, so kann dies den Vertragsschluss oder die Erstellung des von Ihnen angeforderten Versicherungsangebots zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Liegt dem Versicherer keine Schweigepflichtentbindungserklärung für den Leistungsfall vor, so kann dies zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

## 6. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antrags- oder Angebotsanforderungsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. oder den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen oder Angebotsanforderungen, im Falle der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegepflichtversicherung auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Wüstenrot & Württembergische Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler der Wüstenrot & Württembergische Gruppe sowie die Kooperationspartner meine allgemeinen Antrags-, Angebotsanforderungs-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen verarbeiten und nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlichen Informationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

## Wichtige Hinweise

### Gesundheitsfragen

Falls gewisse Gesundheitsfragen dem Vermittler gegenüber nicht gemacht werden möchten, können diese innerhalb von drei Tagen dem Vorstand gegenüber durch eingeschriebenen Brief nachgemeldet werden.

### Neues Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Die Neufassung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) zum 1.1.2008 enthält eine Vielzahl vorwiegend verbraucherfreundlicher Verbesserungen. Dies bedeutet für Sie z.B., dass Sie in bestimmten Situationen Vergünstigungen im Leistungsfall genießen können. Auch die Regelungen für den Fall eines Zahlungsverzuges sind für Sie günstiger. An den Inhalten Ihrer Verträge haben sich durch die Vereinbarung der neuen gesetzlichen Regelungen keine Veränderungen ergeben. Auf Wunsch erhalten Sie jederzeit gerne weitere Informationen zur Neuregelung des VVG. Alle meine bestehenden Kranken- bzw. Pflegeversicherungsverträge sollen ab dem Datum dieser Neuordnung auf der Rechtsgrundlage des neuen VVG in der Fassung vom 1.1.2008 geführt werden. Neuverträge werden obligatorisch nach neuem VVG ausgeführt.

### Prädiktive Gentests

Die Württembergische Krankenversicherung AG hat sich verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen nicht offen gelegt werden. Unter einem »prädiktiven Gentest« verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

Expert Versicherungsmakler

D. Lahn

Kietz 33

14793 Gräben

Telef. 033833-70 929

[www.expertversicherungsmakler.de](http://www.expertversicherungsmakler.de)

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

## **(Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht)**

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Württembergischen Krankenversicherung AG, 70163 Stuttgart, schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

## **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 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 oder schuldlos 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 Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

Expert Versicherungsmakler  
D. Lahn  
Kietz 33  
14793 Gräben  
Telef. 033833-70 929  
[www.expertversicherungsmakler.de](http://www.expertversicherungsmakler.de)



**württembergische**  
Partner von Wüstenrot

Württembergische Krankenversicherung AG

Vorstand:  
Gabriele Bengel, Ruth Martin

Aufsichtsratsvorsitzender:  
Dr. Wolfgang Oehler

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart

Registergericht:  
Amtsgericht Stuttgart, Handelsregister B  
Nr. 19456

Besuchsanschrift:  
Gutenbergstraße 30 in Stuttgart-West  
Postanschrift: 70163 Stuttgart

Bankverbindung der Gesellschaft:  
Wüstenrot Bank AG Pfandbriefbank,  
Ludwigsburg  
BLZ 604 200 00, Kto.-Nr. 9 000 001 900  
(IBAN DE25 6042 0000 9000 0019 00/  
BIC: WBAGDE61)

<http://www.wuerttembergische.de>