

Antrag auf

*** Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS
(BUV-PLUS)**
mit Zuwachsprogramm (ZWP)
und Überschussbeteiligung

- Zutreffendes bitte ankreuzen

A 107 - PDF - 07/08 | Ausfertigung für die Hauptverwaltung | Seite 1 von 3

1 Antragsteller (Versicherungsnehmer)/ Zu versichernde Person	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Antragsteller (Versicherungsnehmer)	Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Zu versichernde Person	<small>Nur ausfüllen bei Abweichung vom Versicherungsnehmer</small>																																				
1.1 Titel/Vorname/Name																																							
1.2 Straße/Haus-Nr.																																							
1.3 Postleitzahl/Wohnort																																							
1.4 Geburtsdatum/ Staatsangehörigkeit	Tag Monat Jahr Staatsan- gehörigkeit	Tag Monat Jahr Staatsan- gehörigkeit																																					
1.5 Telefon/E-Mail	Telefon P*: Telefon G*:	E-Mail*: E-Mail*:																																					
1.6 Beruf/Tätigkeit	Derzeit ausgeübte(r) Beruf/ Tätigkeit und Branche Selbstständig? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>																																						
1.7 Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person	Anteil der ausgeübten kaufmännischen Tätigkeit am eigenen Schreibtisch _____ % Anteil der ausgeübten körperlichen Tätigkeit _____ % Bei Selbstständigen: Wie viele fest angestellte Vollzeitkräfte beschäftigen Sie? (Teilzeitkräfte werden anteilig angerechnet) _____ Erlerner Beruf _____ Bei versicherter Jahresrente über 12.000 €: Brutto-Arbeitseinkommen des letzten Kalenderjahres € _____																																						
2 Art, Umfang der Versicherung und Beitrag	Tag Monat Jahr	Eintrittsalter	Versicherungs- und Beitragszahlungs-Dauer Leistungsdauer Karenzzeit																																				
2.1 Beginn/Eintrittsalter/Dauer	01 Jahre	Jahre	Jahre Monate																																				
2.2 Hauptversicherung/ Zahlungsweise/Beitrag	Tarif (s. Tarifübersicht)	Versicherte Jahresrente _____ €	<input type="checkbox"/> Abschluss zu einer Vorversicherung (Versicherungs-Nr./Antrag vom) Vorversicherung darf keine Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits-Versicherung sein.																																				
2.3 Überschussverwendung	jährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/>	Beitrag _____ €	Nettobeitrag für das 1. Versicherungsjahr durch Verrechnung der Überschussanteile mit den Beiträgen _____ €																																				
2.4 Fondsaufteilung für FondsPlus	Die Überschussanteile werden mit den Beiträgen verrechnet. Abweichend hiervon: <input type="checkbox"/> Verwendung der Überschussanteile: Erhöhung der Versicherungsleistung (Termfix-Bonus) <input type="checkbox"/> Anlage der Überschussanteile in FondsPlus, Mindestversicherungsdauer 10 Jahre, Mindestjahresbeitrag 300 €, Fondsaufteilung siehe Punkt 2.4																																						
2.5 Leistungsdynamik	Die Auswahl der zur Verfügung stehenden Fonds entnehmen Sie bitte der Fondsübersicht auf den nachfolgenden Seiten.																																						
2.6 Zuwachsprogramm	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nr.</th> <th>Fondsname</th> <th>Anteil in %</th> <th>Nr.</th> <th>Fondsname</th> <th>Anteil in %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			Nr.	Fondsname	Anteil in %	Nr.	Fondsname	Anteil in %	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Nr.	Fondsname	Anteil in %	Nr.	Fondsname	Anteil in %																																		
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>																																				
2.7 Empfänger der Versicherungsleistungen (Vorname/Name/ Geburtsdatum)	Leistungsdynamik 2 % jährlich, gemessen an der zuletzt gezahlten Rente <input type="checkbox"/> Die jährlichen Beitragserhöhungen erfolgen entsprechend der Steigerung des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamtes (mindestens 2 %, höchstens 5 %) gemessen am zuletzt gezahlten Beitrag. Das Zuwachsprogramm endet, sobald die versicherte Jahresrente von 36.000 € erreicht wird. Ausschluss <input type="checkbox"/> Zuwachsprogramm Bezugsberechtigt im Berufsunfähigkeitsfall sowie bei Ablauf ist der Antragsteller . Abweichend hiervon: Bezugsberechtigt im Todesfall Geburtsdatum																																						
Die Bezugsberechtigung bei Ablauf oder im Todesfall bezieht sich auf eine eventuelle Leistung aus der Überschussbeteiligung.																																							
3 Zahlungsweg	(siehe nachfolgende Seiten unter Allgemeine Hinweise)																																						
3.1 Fehlende Inkassovollmacht	Bitte beachten Sie den Hinweis zur fehlenden Inkassovollmacht des Versicherungsvermittlers																																						
3.2 Einzugsermächtigung	Die Beiträge sollen bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden Kontonummer Bankleitzahl Geldinstitut, Ort Vorname, Name des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller																																						
3.3 Kollektivvertrag	<input type="checkbox"/> ja, mit Firma/Verband																																						
4 Erklärung nach dem Geldwäschegesetz	Identifizierungspflicht (4.1) entfällt bei Lastschrifteinzug vom Konto des Antragstellers																																						
4.1 Identifizierungspflicht	Antragsteller ausgewiesen durch <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass Geburtsort _____																																						
4.2 Wirtschaftlich Berechtigter	Nummer _____ Ausstellungsdatum _____ Ausstellende Behörde _____ Der Antragsteller handelt Bei Abweichung bitte angeben für eigene Rechnung. <input type="checkbox"/> für fremde Rechnung, von (Name, Anschrift)																																						
5 Besondere Vereinbarungen	Sofern besondere Vereinbarungen getroffen wurden, bitte angeben, von welchen: Der Antrag ist nicht von besonderen Vereinbarungen abhängig. Soll der Antrag unabhängig hiervon in Kraft treten? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>																																						

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Nennen Sie auch solche Umstände, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Die Angaben werden von unseren Risikoprüfern in der Hauptverwaltung ausgewertet und eingeschätzt. Nur so ist gewährleistet, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Wenn die Fragen nicht vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden, kann die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. den Vertrag ändern bzw. beenden und Leistungen verweigern. Bitte beachten Sie hierzu die beiliegenden Erläuterungen zur Vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen. Die Aufzählung der in den folgenden Fragen genannten Erkrankungen hat beispielhaften Charakter und dient zur Orientierung. **Beiblatt**

6 Fragen zur versicherten Person Antrag mit ärztl. Untersuchung

- 6.1 Bestehen bei anderen Unternehmen Lebensversicherungen mit einer Versicherungssumme von über 250.000-- €; Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeits-Versicherungen (auch Zusatzversicherungen)? nein ja
- Gesellschaften? Vers.-Summen? BU-/EU-Jahresrenten?
- 6.2 Wurden Anträge von anderen Unternehmen in den letzten 5 Jahren nur mit Erschwerungen (z. B. Risikozuschlägen, Ausschlussklauseln) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt oder ist über einen gestellten Antrag noch nicht abschließend entschieden worden? nein ja
- Gesellschaften? Weshalb?
- Vers.-Summen? BU-/EU-Jahresrenten?
- 6.3 Bestehen besondere Gefahren bei Beruf, Sport oder Freizeit? Welche? (z.B.: Strahlen-, Explosions-, Gefahrgut-, Absturz-, Rennsport- oder Flugrisiken, Tauch-, Kampf- oder Bergsport?) nein ja
- 6.4 Planen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate einen mehr als 6-wöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU? Wenn ja, bitte Grund, Dauer und Reiseziel angeben. nein ja

7 Gesundheitsfragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person (siehe auch Punkt 8) Ergebnisse von prädiktiven Gentests müssen nicht angegeben werden (siehe nachfolgende Seiten unter Allgemeine Hinweise).

- 7.1 Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen (z.B. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? nein ja
- 7.2 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Drogen- oder Betäubungsmittel? Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren deswegen oder wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt? nein ja
- 7.3 Bestehen derzeit körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Folgen von Unfällen, Krankheiten oder Verletzungen; Amputationen)? nein ja
- 7.4 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen **Krankheiten** oder **Beschwerden**
- a) des **Herzens** oder des **Kreislaufs** (z.B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Venenleiden)*? a) nein ja
- b) der **Atmungsorgane** (z.B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen)*? b) nein ja
- c) der **Verdauungsorgane** (z.B. Sodbrennen*, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Darmentzündung*, Gastritis*, Leberentzündung, Magengeschwür)*? c) nein ja
- d) der **Harn- oder Geschlechtsorgane** (z.B. Nierensteine, Blut/Eiweiß im Urin, Zystenniere, Nierenentzündungen)? d) nein ja
- e) des **Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit*, behandlungsbedürftige Fettstoffwechselstörung*, Schilddrüsenerkrankungen*, Leberwerterhöhungen)? e) nein ja
- f) **Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Blutarmut, Leukämie, Gerinnungsstörungen)? f) nein ja
- g) **entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen** (z.B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Morbus Bechterew, Fibromyalgie)? g) nein ja
- h) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** (z.B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis)? h) nein ja
- i) der **Psyche**, des **Gehirns**, des **Nervensystems** (z.B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, Burn out)? i) nein ja
- 7.5 Werden Ihnen derzeit wegen der unter Nr. 7.4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden **Arzneimittel** verordnet? nein ja
- Falls ja: welche?
- 7.6 Körpergröße und Gewicht? cm kg
- 7.7 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in **psychotherapeutischer Behandlung***? nein ja
- 7.8 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen **Rückenbeschwerden** (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Lumbago) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung (z.B. Krankengymnastik)*? nein ja
- 7.9 Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Beschwerden mit **Gelenken** (z.B. Sprung-, Knie-, Hüft-, Schultergelenken) sowie mit den dazugehörigen **Muskeln, Bändern und Sehnen, weswegen Sie in Behandlung waren**? nein ja
- 7.10 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? nein ja
- 7.11 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Allergie, ein Heuschnupfen, eine Neurodermitis oder sonstige Hauterkrankungen*? nein ja
- 7.12 Besteht eine **Fehlsichtigkeit** (z.B. Kurzsichtigkeit)? Wenn ja, wieviel Dioptrien? rechts: links:
- Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine **sonstige Sehstörung** oder **Erkrankung der Augen** (z.B. grauer/grüner Star, Augenverletzungen)*? nein ja
- 7.13 Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine **Störung im Gehör** (z.B. Hörsturz, Hörminderung, Gleichgewichtsstörungen Tinnitus)*? nein ja
- 7.14 Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen weswegen ein Antrag auf eine Schwerbehinderung** gestellt wird oder gestellt wurde? Bitte geben Sie die Gesundheitsstörungen an:

* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten. ** Bitte Antrag auf Schwerbehinderung/Bescheid/Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen!

8 Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 7 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben: (ggf. gesondertes Blatt unter Verweis auf die jeweilige Frage verwenden) Anzahl Beiblätter

Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung)? Ergebnis/Befund der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Heilanstalten, Kuranstalten mit Anschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9 Welcher Arzt/Heilpraktiker oder andere Behandler ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert? (Bitte Namen, Fachrichtung und Anschrift angeben.)

10 Wer hat die Gesundheitsfragen ausgefüllt? Antragsteller Zu versichernde Person Vermittler nach Angaben der zu versichernden Person

A 107...PDF - 07/08 | Ausfertigung für die Hauptverwaltung | Seite 2 von 3

Schlusserklärungen und Hinweise

Schluss- erklärung des Antrag- stellers und der zu versichernden Person	<p>Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen) ergeben, an mit der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. vertraglich gebundene Dienstleister zur Bearbeitung des Vertrags und an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Stuttgarter Versicherungsgruppe, die Stuttgarter Lebensversicherung a.G., die Familienschutz Lebensversicherung AG, die DIREKTE LEBEN Versicherung AG, die PLUS Lebensversicherungs AG,</p>	<p>die Stuttgarter Versicherung AG und die Familienschutz Versicherung AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen dürfen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben können, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; das Gleiche gilt für mit der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. vertraglich gebundene Dienstleister zur Bearbeitung des Vertrags. 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 die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Unterzeichnung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung ist Bestandteil der Antragsunterlagen.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Schluss- erklärung des Antragstellers	<p>Einverständniserklärung zum Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz bei Vorliegen der vertraglichen Voraussetzungen nach § 4 der Allgemeinen Bedingungen bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist</p>	<p>beginnt, mit der Folge, dass der Versicherer nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags zu erstatten hat.</p>
----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Schluss- erklärungen der zu versichernden Person	<p>Entbindung von der Schweigepflicht</p> <p>Allgemeine Entbindungserklärung Ich ermächtige den Versicherer mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit bis zur Antragsannahme und die nächsten 5 Jahre nach der Antragsannahme. Werden Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit beansprucht, darf der Versicherer die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben sowie gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen.</p>	<p>Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall Eine allgemeine Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern von der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Prüfung durch die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. führen kann, sollte sich auf Grund der verbleibenden Informationsquellen die Prüfung nicht oder nur teilweise durchführen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung können Kosten anfallen.</p>
-------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person!

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen und Hinweise. Die Schlusserklärungen enthalten Einwilligungen zur Datenverarbeitung, eine Einverständniserklärung zum Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist und Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht. Die Schlusserklärungen sind wichtige Bestandteile des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags.

Die zu versichernde Person hat die Möglichkeit, anstelle einer allgemeinen Entbindung von der Schweigepflicht, eine Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall zu erteilen (siehe Schlusserklärungen der zu versichernden Person). Falls Sie dies wünschen, bitte hier ankreuzen

Es wird vorläufiger Versicherungsschutz nach den "Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung" gewährt; diese Bedingungen können Sie bei uns anfordern.

Sie können Ihre Vertragserklärung bereits ab Antragstellung widerrufen. Näheres zum Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte der Verbraucherinformation.

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller (Vor- und Zuname)	Unterschrift zu versichernde Person (Vor- und Zuname)	Unterschrift gesetzliche(r) Vertreter (bei Minderjährigen)
-----------	-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Alle Angaben des Versicherungsnehmers/der zu versichernden Person zu seinen/ihren gesundheitlichen und beruflichen Verhältnissen wurden wertungsfrei in den Antrag aufgenommen.

Beratungsdokumentation Die Beratungsdokumentation liegt bei ja nein

Unterschrift Vermittler	AV-Name	AV-Nr.	Registrierungsnummer	Agtr.-Nr.	FD
			1.		
			2.		

Der Antragsteller erhält zusammen mit der "Ausfertigung für den Antragsteller" zu folgenden Themen zusätzliche Hinweise und Informationen:

- Durchschrift des Antrags, Umstellung von Kollektiv- auf Einzeltarif, Prädiktive Gentests, Fehlende Inkassovollmacht, Wechsel des Versicherers
- Tarifübersicht
- Erläuterungen zur Vorvertraglichen Anzeigepflicht
- Fondsübersicht
- Merkblatt zur Datenverarbeitung

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. Nennen Sie auch solche Umstände, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Die Angaben werden von unseren Risikoprüfern in der Hauptverwaltung ausgewertet und eingeschätzt. Nur so ist gewährleistet, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Wenn die Fragen nicht vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden, kann die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. den Vertrag ändern bzw. beenden und Leistungen verweigern. Bitte beachten Sie hierzu die beiliegenden Erläuterungen zur Vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Reicht der vorgesehene Raum für die Beantwortung der nachstehenden Fragen nicht aus, so ist sie unter Angabe der jeweiligen Antragsziffer auf einem gesonderten Blatt als Anlage zum Antrag vorzunehmen und im Antrag auf dieses Beiblatt zu verweisen. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich an den Versicherer schriftlich nachzuholen. Die Aufzählung der in den folgenden Fragen genannten Erkrankungen hat beispielhaften Charakter und dient zur Orientierung. **Beiblatt**

6 Fragen zur versicherten Person **Antrag mit ärztl. Untersuchung**

- 6.1 Bestehen bei anderen Unternehmen Lebensversicherungen mit einer Versicherungssumme von über 250.000--€; Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeits-Versicherungen (auch Zusatzversicherungen)? nein ja
 Gesellschaften? Vers.-Summen? BU-/EU-Jahresrenten?
- 6.2 Wurden Anträge von anderen Unternehmen in den letzten 5 Jahren nur mit Erschwerungen (z. B. Risikozuschlägen, Ausschlussklauseln) angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt **oder** ist über einen gestellten Antrag noch nicht abschließend entschieden worden? nein ja
 Gesellschaften? Weshalb?
 Vers.-Summen? BU-/EU-Jahresrenten?
- 6.3 Bestehen besondere Gefahren bei Beruf, Sport oder Freizeit? Welche? (z.B.: Strahlen-, Explosions-, Gefahrgut-, Absturz-, Rennsport- oder Flugrisiken, Tauch-, Kampf- oder Bergsport?) nein ja
- 6.4 Planen Sie innerhalb der nächsten 6 Monate einen mehr als 6-wöchigen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU? Wenn ja, bitte Grund, Dauer und Reiseziel angeben. nein ja

7 Gesundheitsfragen zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person (siehe auch Punkt 8)
Ergebnisse von prädiktiven Gentests müssen nicht angegeben werden (siehe nachfolgende Seiten unter Allgemeine Hinweise).

- 7.1 Haben in den letzten 5 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen (z.B. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? nein ja
- 7.2 Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren Drogen- oder Betäubungsmittel? Werden oder wurden Sie in den letzten 5 Jahren deswegen oder wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt? nein ja
- 7.3 Bestehen derzeit körperliche oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Folgen von Unfällen, Krankheiten oder Verletzungen; Amputationen)? nein ja
- 7.4 Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen **Krankheiten** oder **Beschwerden**
- a) des **Herzens** oder des **Kreislaufs** (z.B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Venenleiden)*? a) nein ja
 - b) der **Atmungsorgane** (z.B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma, Heuschnupfen)*? b) nein ja
 - c) der **Verdauungsorgane** (z.B. Sodbrennen*, Bauchspeicheldrüsenerkrankung, Darmentzündung*, Gastritis*, Leberentzündung, Magengeschwür)*? c) nein ja
 - d) der **Harn- oder Geschlechtsorgane** (z.B. Nierensteine, Blut/Eiweiß im Urin, Zystenniere, Nierenentzündungen)? d) nein ja
 - e) des **Stoffwechsels** (z.B. Zuckerkrankheit*, behandlungsbedürftige Fettstoffwechselstörung*, Schilddrüsenerkrankungen*, Leberwerterhöhungen)? e) nein ja
 - f) **Blut- oder Tumorerkrankungen** (z.B. Krebs, Blutarmut, Leukämie, Gerinnungsstörungen)? f) nein ja
 - g) **entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen** (z.B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Morbus Bechterew, Fibromyalgie)? g) nein ja
 - h) **Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten** (z.B. Tuberkulose, Malaria, HIV-Infektion, Hepatitis)? h) nein ja
 - i) der **Psyche**, des **Gehirns**, des **Nervensystems** (z.B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose, Lähmungen, Migräne, Burn out)? i) nein ja
- 7.5 Werden Ihnen derzeit wegen der unter Nr. 7.4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden **Arzneimittel** verordnet? nein ja
 Falls ja: welche?
- 7.6 Körpergröße und Gewicht? cm kg
- 7.7 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in **psychotherapeutischer Behandlung***? nein ja
- 7.8 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen **Rückenbeschwerden** (z.B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall, Gleitwirbel, Lumbago) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung (z.B. Krankengymnastik)*? nein ja
- 7.9 Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Beschwerden mit **Gelenken** (z.B. Sprung-, Knie-, Hüft-, Schultergelenken) sowie mit den dazugehörigen **Muskeln, Bändern und Sehnen, weswegen Sie in Behandlung waren**? nein ja
- 7.10 Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren mehr als 3 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig? nein ja
- 7.11 Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten 5 Jahren eine Allergie, ein Heuschnupfen, eine Neurodermitis oder sonstige Hauterkrankungen*? nein ja
- 7.12 Besteht eine **Fehlsichtigkeit** (z.B. Kurzsichtigkeit)? Wenn ja, wieviel Dioptrien? rechts: links:
 Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine **sonstige Sehstörung** oder **Erkrankung der Augen** (z.B. grauer/grüner Star, Augenverletzungen)*? nein ja
- 7.13 Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren eine **Störung im Gehör** (z.B. Hörsturz, Hörminderung, Gleichgewichtsstörungen Tinnitus)*? nein ja
- 7.14 Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Gesundheitsstörungen weswegen ein Antrag auf eine Schwerbehinderung** gestellt wird oder gestellt wurde? Bitte geben Sie die Gesundheitsstörungen an: nein ja

* Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten. ** Bitte Antrag auf Schwerbehinderung/Bescheid/Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen!

8 Wenn Sie eine oder mehrere Fragen unter Punkt 7 bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben: (ggf. gesondertes Blatt unter Verweis auf die jeweilige Frage verwenden) **Anzahl Beiblätter**

Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung)? Ergebnis/Befund der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Heilanstalten, Kuranstalten mit Anschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

9 Welcher Arzt/Heilpraktiker oder andere Behandler ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse informiert?
 (Bitte Namen, Fachrichtung und Anschrift angeben.)

10 Wer hat die Gesundheitsfragen ausgefüllt? Antragsteller Zu versichernde Person Vermittler nach Angaben der zu versichernden Person

A 107 - PDF - 07/08 | Ausfertigung für den Antragsteller | Seite 2 von 9

Schlusserklärungen und Hinweise	
<p>Schluss- erklärung des Antrag- stellers und der zu versichernden Person</p>	<p>Einwilligungsklausel nach dem Bundesdaten- schutzgesetz (BDSG) Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen) ergeben, an mit der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. vertraglich gebundene Dienstleister zur Bearbeitung des Vertrags und an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Stuttgarter Versicherungsgruppe, die Stuttgarter Lebensversicherung a.G., die Familienschutz Lebensversicherung AG, die DIREKTE LEBEN Versicherung AG, die PLUS Lebensversicherungs AG, die Stuttgarter Versicherung AG und die Familienschutz Versicherung AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen dürfen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben können, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; das Gleiche gilt für mit der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. vertraglich gebundene Dienstleister zur Bearbeitung des Vertrags. 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 die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Unterzeichnung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte. Das Merkblatt zur Datenverarbeitung ist Bestandteil der Antragsunterlagen.</p>
<p>Schluss- erklärung des Antragstellers</p>	<p>Einverständniserklärung zum Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz bei Vorliegen der vertraglichen Voraussetzungen nach § 4 der Allgemeinen Bedingungen bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, mit der Folge, dass der Versicherer nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags zu erstatten hat.</p>
<p>Schluss- erklärungen der zu versichernden Person</p>	<p>Entbindung von der Schweigepflicht</p> <p>Allgemeine Entbindungserklärung Ich ermächtige den Versicherer mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufbar, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit bis zur Antragsannahme und die nächsten 5 Jahre nach der Antragsannahme. Werden Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit beansprucht, darf der Versicherer die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben sowie gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen.</p> <p>Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall Eine allgemeine Schweigepflichtentbindung gebe ich nicht ab. Statt dessen werde ich, sofern von der Stuttgarter Lebensversicherung a.G. konkret verlangt, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich erklären, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen oder Behörden von ihrer Schweigepflicht entbinde. Mir ist bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative zur Verzögerung der Prüfung durch die Stuttgarter Lebensversicherung a.G. führen kann, sollte sich auf Grund der verbleibenden Informationsquellen die Prüfung nicht oder nur teilweise durchführen lassen. Für jede entsprechende Schweigepflichtentbindung können Kosten anfallen.</p>
<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Durchschrift des Antrags Eine Durchschrift des Versicherungsantrags wird mir sofort nach Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt.</p> <p>Umstellung von Kollektiv- auf Einzeltarif Wird der Versicherungsvertrag im Rahmen eines Kollektivvertrags geführt, wird der Kollektivtarif bei Wegfall der Kollektivvoraussetzungen auf den entsprechenden Einzeltarif umgestellt. Dadurch erhöht sich bei gleichbleibenden Versicherungsleistungen der Beitrag. Alternativ kann bei gleichbleibendem Beitrag eine Reduzierung der Versicherungsleistungen beantragt werden.</p> <p>Prädiktive Gentests Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungs-</p> <p>summe von 250.000 € bzw. einer Jahresrente von 30.000 € offengelegt werden. Unter einem "prädiktiven Gentest" verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit. Sämtliche beantragten und bestehenden Versicherungen bei privaten Versicherungsunternehmen werden bei den genannten Summengrenzen berücksichtigt.</p> <p>Fehlende Inkassovollmacht Der Versicherungsvermittler ist nicht berechtigt, Zahlungen von mir anzunehmen.</p> <p>Wechsel des Versicherers Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei demselben oder einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzulässig und für jedes Unternehmen unerwünscht.</p>
<p>Tarifbezeichnung / Tarifübersicht</p>	
<p>Haupt- versicherung</p>	<p>Berufsunfähigkeits-Versicherungen</p> <p>Tarif 91 Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS 91.5 Berufsunfähigkeits-Versicherung-PLUS mit Vorversicherung</p>

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person!

Dieses Antragsformular enthält in der Fassung für den Antragsteller 9 Seiten, in der Fassung für die Hauptverwaltung 3 Seiten. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Schlusserklärungen und Hinweise. Die Schlusserklärungen enthalten Einwilligungen zur Datenverarbeitung, eine Einverständniserklärung zum Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist und Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht. Die Schlusserklärungen sind wichtige Bestandteile des Vertrags. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags.

Die zu versichernde Person hat die Möglichkeit, anstelle einer allgemeinen Entbindung von der Schweigepflicht, eine Entbindung von der Schweigepflicht im Einzelfall zu erteilen (siehe Schlusserklärungen der zu versichernden Person). Falls Sie dies wünschen, bitte hier ankreuzen

Es wird vorläufiger Versicherungsschutz nach den "Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung" gewährt; diese Bedingungen können Sie bei uns anfordern.

Sie können Ihre Vertragserklärung bereits ab Antragstellung widerrufen. Näheres zum Widerrufsrecht entnehmen Sie bitte der Verbraucherinformation.

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller (Vor- und Zuname)	Unterschrift zu versichernde Person (Vor- und Zuname)	Unterschrift gesetzliche(r) Vertreter (bei Minderjährigen)
-----------	-------------------------------------------------	----------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

Alle Angaben des Versicherungsnehmers/der zu versichernden Person zu seinen/ihren gesundheitlichen und beruflichen Verhältnissen wurden wertungsfrei in den Antrag aufgenommen.

Beratungsdokumentation Die Beratungsdokumentation liegt bei ja nein

Unterschrift Vermittler	AV-Name	AV-Nr.	Registrierungsnummer 1. 2.	Agtr.-Nr.	FD
-------------------------	---------	--------	----------------------------------	-----------	----

Erläuterungen zur Vorvertraglichen Anzeigepflicht

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 Vertragsanbahnung in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, 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 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. Sofern vorhanden, haben Sie zusätzlich Anspruch auf die Auszahlung des Rückkaufwertes.

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. Sofern die Bildung einer beitragsfreien Versicherung möglich ist und die beitragsfreie Mindestversicherungssumme überschritten wird, führen wir den Vertrag in beitragsfreier Form weiter. Ansonsten zahlen wir - sofern vorhanden - den Rückkaufswert aus. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Vertragsanpassung

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.

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.

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 5 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Bei unverschuldeter Verletzung der Anzeigepflicht verzichten wir auf unser Recht der Kündigung oder Vertragsanpassung.

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.

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.

Fondsübersicht

	Fonds	ISIN	Anlage-Schwerpunkt	Kapitalanlage-gesellschaft	Depotbank	
Fondsauwahl	1	Stuttgarter Basket 50	LU0259858420	Aktien- und Rentenfonds international (Dachfonds)	cominvest Asset Management S.A.	Commerzbank International S.A., Luxemburg
	2	Stuttgarter Basket 80	LU0259861648	Aktien- und Rentenfonds international (Dachfonds)	cominvest Asset Management S.A.	Commerzbank International S.A., Luxemburg
	3	Stuttgarter Basket 100	LU0259865128	Aktienfonds international, Branchen (Dachfonds)	cominvest Asset Management S.A.	Commerzbank International S.A., Luxemburg
	4	Stuttgarter Global Dynamic OP	DE0005117436	Aktienfonds international (Dachfonds)	Oppenheim Kapitalanlage-gesellschaft mbH	Sal.Oppenheim jr. & Cie. KGaA
	5	Stuttgarter Europa Balance OP	DE0005117444	Aktien- und Rentenfonds Europa (Dachfonds)	Oppenheim Kapitalanlage-gesellschaft mbH	Sal.Oppenheim jr. & Cie. KGaA
	6	Stuttgarter Rentenfonds FT	DE0008478108	Rentenfonds, festverzinsliche Wertpapiere auf Euro	FRANKFURT-TRUST Investment-Gesellschaft mbH	BHF-Bank AG
	7	FT HighDividend	DE0005317416	Aktienfonds international	FRANKFURT-TRUST Investment-Gesellschaft mbH	BHF-Bank AG
	8	BHF SustainSelect FT	DE000A0D95R8	Aktienfonds, Branche Nachhaltigkeit	FRANKFURT-TRUST Investment-Gesellschaft mbH	BHF-Bank AG
	9	Templeton Growth (Euro) Fund	LU0114760746	Aktienfonds international	Franklin Templeton Investment Funds SICAV	J.P. Morgan Bank Luxembourg S.A.
	10	Templeton European Fund	LU0139292543	Aktienfonds Europa	Franklin Templeton Investment Funds SICAV	J.P. Morgan Bank Luxembourg S.A.
	11	Templeton Asian Growth Fund	LU0128522157	Aktienfonds Asien	Franklin Templeton Investment Funds SICAV	J.P. Morgan Bank Luxembourg S.A.
	12	Franklin Mutual Beacon Fund	LU0140362707	Aktienfonds Nordamerika	Franklin Templeton Investment Funds SICAV	J.P. Morgan Bank Luxembourg S.A.
	13	Fidelity Funds - Germany Fund	LU0048580004	Aktienfonds Deutschland	Fidelity Funds SICAV	Brown Brothers Harriman (Luxembourg) S.C.A.
	14	Fidelity Funds - International Fund	LU0069451390	Aktienfonds international	Fidelity Funds SICAV	Brown Brothers Harriman (Luxembourg) S.C.A.
	15	Fidelity Funds - European Growth Fund	LU0048578792	Aktienfonds Europa	Fidelity Funds SICAV	Brown Brothers Harriman (Luxembourg) S.C.A.
	16	Fidelity Funds - America Fund	LU0069450822	Aktienfonds USA	Fidelity Funds SICAV	Brown Brothers Harriman (Luxembourg) S.C.A.
	17	Fidelity Funds - Latin America Fund	LU0050427557	Aktienfonds	Fidelity Funds SICAV	Brown Brothers Harriman (Luxembourg) S.C.A.
	18	Nordea North American Value Fund	LU0076314649	Aktienfonds Nordamerika (inkl. Kanada)	Nordea 1, SICAV	Nordea Bank S.A., Luxemburg
	19	Nordea European Value Fund	LU0064319337	Aktienfonds Europa	Nordea 1, SICAV	Nordea Bank S.A., Luxemburg
	20	Nordea Far Eastern Value Fund	LU0064675985	Aktienfonds Fernost	Nordea 1, SICAV	Nordea Bank S.A., Luxemburg
	21	Threadneedle Latin America Fund	GB0002769866	Aktienfonds Lateinamerika	Threadneedle Investment Funds ICVC	J.P. Morgan Trustee and Depositary Company Ltd., England
	22	Threadneedle European High Yield Bond Fund	GB0002363447	Rentenfonds Europa	Threadneedle Investment Funds ICVC	J.P. Morgan Trustee and Depositary Company Ltd., England
	23	Threadneedle Global Bond Fund	GB0002771839	Rentenfonds International	Threadneedle Investment Funds ICVC	J.P. Morgan Trustee and Depositary Company Ltd., England
	24	Threadneedle European Smaller Companies Fund	GB0002771383	Aktienfonds europäische Nebenwerte	Threadneedle Investment Funds ICVC	J.P. Morgan Trustee and Depositary Company Ltd., England

Stuttgarter Lebensversicherung a.G.
Fondsübersicht

	Fonds	ISIN	Anlage-Schwerpunkt	Kapitalanlage-gesellschaft	Depotbank	
Fondsauswahl	25	BlackRock Global Allocation Fund	LU0171283459	Mischfonds international, Investition in Aktien und Renten	BlackRock (Luxembourg) S.A.	The Bank of New York Europe Ltd., Niederlassung Luxemburg
	26	BlackRock World Mining Fund	LU0172157280	Aktienfonds, Branche Rohstoffe	BlackRock (Luxembourg) S.A.	The Bank of New York Europe Ltd. Niederlassung Luxemburg
	27	BlackRock World Financials Fund	LU0171304719	Aktienfonds, Branche Finanzwerte	BlackRock (Luxembourg) S.A.	The Bank of New York Europe Ltd. Niederlassung Luxemburg
	28	Morgan Stanley Global Brands Fund	LU0119620416	Aktienfonds international	Morgan Stanley SICAV	J.P. Morgan Bank Luxembourg S.A.
	29	Morgan Stanley Global Small Cap Value Fund	LU0073235227	Aktienfonds, Internationale Nebenwerte	Morgan Stanley SICAV	J.P. Morgan Bank Luxembourg S.A.
	30	M&G Japan Smaller Companies Fund	GB0030939119	Aktienfonds, Japanische Nebenwerte	M&G International Investments Ltd.	The Royal Bank of Scotland PLC
	31	M&G Global Basics Fund	GB0030932676	Aktienfonds international	M&G International Investments Ltd.	The Royal Bank of Scotland PLC
	32	Pioneer Funds - U.S. Pioneer Fund	LU0133643469	Aktienfonds USA	Pioneer Asset Management S.A.	Société Générale Bank and Trust, Luxembourg
	33	Pioneer Funds - Global Ecology	LU0271656133	Aktienfonds, Branche Ökologie	Pioneer Asset Management S.A.	Société Générale Bank and Trust, Luxembourg
	34	CS Euroreal	DE0009805002	Offener Immobilienfonds	Credit Suisse Asset Management	Dresdner Bank AG,
	35	First Private Europa Aktien ULM	DE0009795831	Aktienfonds Europa	First Private Investment Management KAG mbH	Citigroup Global Markets Deutschland AG & Co. KGaA
	36	DWS Vermögensbildungsfonds I	DE0008476524	Aktienfonds International	DWS Investment GmbH	State Street Bank GmbH
	37	DWS Emerging Markets	DE0009773010	Aktienfonds Schwellenländer	DWS Investment GmbH	State Street Bank GmbH
	38	DWS Osteuropa	LU0062756647	Aktienfonds Osteuropa	DWS Investment S.A.	State Street Bank Luxembourg S.A.
	39	DWS Investa	DE0008474008	Aktienfonds Deutschland	DWS Investment GmbH	State Street Bank GmbH
	40	DWS Inter-Vario-Rent	DE0008476599	Internationaler Geldmarktnaher Fonds	DWS Investment GmbH	State Street Bank GmbH
	41	DWS Select-Invest	DE0008476565	Aktienfonds Deutsche Standardwerte	DWS Investment GmbH	State Street Bank GmbH
	42	DWS Geldmarktfonds	DE0008474255	Geldmarktfonds Europa	DWS Investment GmbH	State Street Bank GmbH
	43	DWS Pharma-Aktien Typ 0	DE0009769851	Aktienfonds, Branche Pharma & Biotechnologie	DWS Investment GmbH	State Street Bank GmbH

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekanntgegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrags hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treu und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab.

Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) und beim Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Allgemeine Haftpflichtversicherung:

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Kfz-Versicherer:

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer:

- Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- auf Grund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung,

Merkblatt zur Datenverarbeitung

- Beendigung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.
Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer:

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 2 Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.

- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer:

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer:

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

Unfallversicherer:

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,

- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,

- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

5. Datenverarbeitung in der Versicherungsgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherungen) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet

und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten - wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Versicherungsgruppe gehören zur Zeit folgende Versicherungsgesellschaften an:

Stuttgarter Lebensversicherung a.G., Familienschutz Lebensversicherung AG, DIREKTE LEBEN Versicherung AG, PLUS Lebensversicherungs AG, Stuttgarter Versicherung AG und Familienschutz Versicherung AG

Bestimmte Versicherungssparten vermitteln wir an die: Zürich Versicherung AG, Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG, Signal Krankenversicherung a.G. und Hanse-Mercur Krankenversicherung a.G. Diese Kooperationspartner haben selbstverständlich keinen direkten Zugriff auf Datenbanken der Stuttgarter Versicherungsgruppe.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften.

Um seine Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.