

Leben

WWK BioRisk (Berufs-, Erwerbsunfähig- keitsversicherung und Grundfähigkeitsversicherung)

Antrag: Standardantrag
Tarif: BS25, ES22, GS22
Schicht: 3

Mögliche Zusatzseiten

- › Fondsauswahlblatt 7138
- › Betriebliche Versicherung 3365
- › Tätigkeitsbeschreibung 4016

EV

WWK

Eine starke Gemeinschaft

WWK Lebensversicherung
auf Gegenseitigkeit
Marsstraße 37, 80335 München
Telefon (089) 5114-2020
Fax (089) 5114-2337
info@wwk.de
www.wwk.de

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit die WWK Ihnen Versicherungsschutz anbieten kann, ist es notwendig, dass Sie die Fragen zur versicherten Person wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben und ggf. die in der Annahmeerklärung abgedruckten Fragen und Antworten auf Wahrheit und Vollständigkeit geprüft haben. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen 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 die WWK in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn die WWK nach Ihrer

Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht hat die WWK kein Rücktrittsrecht, wenn die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die WWK den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt die WWK 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 der Leistungspflicht der WWK

ursächlich war. Die Leistungspflicht der WWK entfällt jedoch, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht der WWK der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung

Kann die WWK nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, kann die WWK den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Mit einer Kündigung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

Das Kündigungsrecht der WWK ist ausgeschlossen, wenn die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsanpassung

Wurde die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt und kann die WWK nicht zurücktreten oder kündigen, weil die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der WWK Vertragsbestandteil. Haben Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbe-

standteil. Haben Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsanpassung fristlos kündigen, wenn durch die Vertragsanpassung

- › der Beitrag für den Vertrag um mehr als 10 % erhöht oder
- › die Gefahrenabsicherung für den nicht angezeigten Umstand ausgeschlossen wird.

Auf dieses Recht werden Sie in unserer Mitteilung hingewiesen.

Mit einer Vertragsanpassung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

4. Ausübung unserer Rechte

Die WWK kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die WWK von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, die das von der WWK geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte hat die WWK die Umstände anzugeben, auf die sie die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die WWK nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Die WWK kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn die WWK den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte der WWK zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die vorvertragliche 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 vorvertraglichen Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der WWK die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Ich bestätige, dass ich die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG gelesen und eine Kopie erhalten habe.

X

Unterschrift Antragsteller/-in

X

Unterschrift aller gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist

X

Unterschrift zu versichernde Person, falls nicht Antragsteller/-in

Datum TT/MM/JJJJ

WWK BioRisk

Antrag zum Abschluss einer Versicherung (Antragsmodell)

☐ abweichend **Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots*** (Invitatiomodell)

*Wie kommt Ihr Vertrag bei einem Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots zustande?

Mit dem Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots fordern Sie ein verbindliches Angebot der WWK Lebensversicherung a. G. an. Damit stellen die von Ihnen in diesem Formular gemachten Angaben und Erklärungen noch keine verbindliche Vertragserklärung dar. Sie sind dennoch erforderlich und wahrheitsgemäß abzugeben, damit wir für Sie ein verbindliches Angebot erstellen können. Ihre Angaben und Erklärungen werden zu einer verbindlichen Vertragserklärung, sobald wir Ihnen das verbindliche Angebot in Form eines Versicherungsscheins, der sämtliche erforderlichen Unterlagen und Informationen enthält, übermittelt haben und Sie die beigelegte Annahmeerklärung an uns zurückgesandt haben. Hierauf werden wir Sie bei Übersendung des Versicherungsscheins noch einmal gesondert hinweisen.

Abschlussvermittler	Ast.-Nr. AV.-Nr. Aktions-Nr. Antragsnummer Fremddarstellungsbegriff																																																																								
Betriebliche Versicherung	Handelt es sich um eine betrieblich veranlasste Versicherung? ☐ ja ☐ Rückdeckungsversicherung ☐ sonstige (Formblatt 3365 erforderlich) ggf. Zusatzklärung erforderlich!																																																																								
Versicherungsnehmer/-in (VN) (VN muss volljährig sein)	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Titel </td> <td colspan="2">Rechtsform (Firma) </td> <td colspan="2">☐ weiblich</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">☐ männlich</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name </td> <td colspan="4">Vorname </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Straße und Hausnummer </td> <td colspan="2">Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) </td> </tr> <tr> <td colspan="4">PLZ </td> <td colspan="2">Land </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Wohnort </td> <td colspan="2">Mobiltelefon (freiwillige Angabe) </td> </tr> <tr> <td colspan="4">E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe) </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsdatum TT / MM / JJJJ </td> <td colspan="2">Geburtsort </td> <td colspan="2">Geburtsland </td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. Staatsangehörigkeit </td> <td colspan="2">2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden) </td> <td colspan="2">3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden) </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) </td> <td colspan="2">Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> ☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Beamte/-r ☐ Soldat/-in ☐ Auszubildende/-r ☐ Schüler/-in ☐ nicht erwerbstätig ☐ Student/-in im aktuellen Studiengang: ☐ sonstiges: ☐ arbeitssuchend </td> </tr> </table>	Titel		Rechtsform (Firma)		☐ weiblich						☐ männlich		Name		Vorname				Straße und Hausnummer				Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)		PLZ				Land		Wohnort				Mobiltelefon (freiwillige Angabe)		E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)						Geburtsdatum TT / MM / JJJJ		Geburtsort		Geburtsland		1. Staatsangehörigkeit		2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)		3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)		Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)				Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.		Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche						☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Beamte/-r ☐ Soldat/-in ☐ Auszubildende/-r ☐ Schüler/-in ☐ nicht erwerbstätig ☐ Student/-in im aktuellen Studiengang: ☐ sonstiges: ☐ arbeitssuchend					
Titel		Rechtsform (Firma)		☐ weiblich																																																																					
				☐ männlich																																																																					
Name		Vorname																																																																							
Straße und Hausnummer				Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)																																																																					
PLZ				Land																																																																					
Wohnort				Mobiltelefon (freiwillige Angabe)																																																																					
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)																																																																									
Geburtsdatum TT / MM / JJJJ		Geburtsort		Geburtsland																																																																					
1. Staatsangehörigkeit		2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)		3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)																																																																					
Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)				Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.																																																																					
Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche																																																																									
☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Beamte/-r ☐ Soldat/-in ☐ Auszubildende/-r ☐ Schüler/-in ☐ nicht erwerbstätig ☐ Student/-in im aktuellen Studiengang: ☐ sonstiges: ☐ arbeitssuchend																																																																									
Einwilligungs-erklärung	Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der WWK Versicherungen, von Unternehmen der WWK Versicherungen beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus dem oben stehenden Block »Versicherungsnehmer/-in« für folgende Kommunikationswege im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen: ☐ Telefon ☐ Mobil / SMS ☐ E-Mail Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf inhaltliche Änderungen, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der WWK Versicherungen oder deren Kooperationspartner gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.																																																																								
Zu versichernde Person (VP) (falls nicht Versicherungsnehmer/-in)	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Titel </td> <td colspan="2">☐ weiblich</td> <td colspan="2">Verwandschaftsverhältnis zum VN </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">☐ männlich</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name </td> <td colspan="4">Vorname </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsdatum TT / MM / JJJJ </td> <td colspan="2">Geburtsort </td> <td colspan="2">Geburtsland </td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Staatsangehörigkeit </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Straße und Hausnummer </td> <td colspan="2">Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) </td> </tr> <tr> <td colspan="4">PLZ </td> <td colspan="2">Land </td> </tr> <tr> <td colspan="4">Wohnort </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) </td> <td colspan="2">Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche </td> </tr> </table> Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern diese zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits volljährig war.	Titel		☐ weiblich		Verwandschaftsverhältnis zum VN				☐ männlich				Name		Vorname				Geburtsdatum TT / MM / JJJJ		Geburtsort		Geburtsland						Staatsangehörigkeit		Straße und Hausnummer				Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)		PLZ				Land		Wohnort						Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)				Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.		Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche																	
Titel		☐ weiblich		Verwandschaftsverhältnis zum VN																																																																					
		☐ männlich																																																																							
Name		Vorname																																																																							
Geburtsdatum TT / MM / JJJJ		Geburtsort		Geburtsland																																																																					
				Staatsangehörigkeit																																																																					
Straße und Hausnummer				Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)																																																																					
PLZ				Land																																																																					
Wohnort																																																																									
Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)				Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.																																																																					
Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche																																																																									

40060-ID.00007-12.24 Seite 3 von 12

Bezugsberechtigung	Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung Sollte nebenstehend nichts anderes vereinbart sein, gilt Folgendes: Im Erlebensfall ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt. Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt. Bei Rückdeckungsversicherungen ist im Erlebens- und Todesfall der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt. Ich bestätige hiermit, dass es sich bei sämtlichen Bezugsberechtigten um Angehörige der versicherten Person im Sinne des § 7 Pflege ZG oder des § 15 AO handelt.
Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht	Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie oder die versicherte Person alle hier gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Beantworten Sie oder die versicherte Person die hier gestellten Fragen nicht, nicht vollständig oder nicht richtig, kann die WWK Lebensversicherung a. G. unter bestimmten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anfechten, eine Vertragsanpassung verlangen und die Leistung verweigern. Details können Sie der »Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht« in diesem Formular entnehmen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die wichtigen Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht erhalten und wir Sie über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung informiert haben. Die im Folgenden genannten Beispiele umfassen nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe. Ergebnisse prädiktiver Gentests müssen hier nicht angegeben werden.
BZ Nichtrauchererklärung der versicherten Person (Bei Tarif BS immer zu beantworten)	Nichtrauchererklärung – Die versicherte Person hat in den vergangenen 12 Monaten: ☐ keine Zigaretten geraucht Mir ist bewusst, dass eine unrichtige Erklärung den Verlust bzw. die Reduzierung des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann. ☐ Zigaretten geraucht
GK Gesundheitserklärung der versicherten Person bei Tarif BS (Absicherung gegen Berufsunfähigkeit für Eintrittsalter der VP von 10 bis 14 anstelle der Blöcke GA und BA zu verwenden)	Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. (Falls Platz nicht ausreichend, bitte Feld Zusatzangaben verwenden.) Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen. Routine-U-Untersuchungen ohne Befund oder ohne krankhafte Diagnose müssen nicht angegeben werden. 1. Körpergröße cm Körpergewicht (ohne Kleidung) kg 2. Ist eine Erst- oder Auffrischungsimpfung zu Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie oder zu Tetanus unterblieben? Welche und warum? Kinderarzt ☐ ja ☐ nein 3. Folgende Fragen sind für den Zeitraum der letzten 12 Monate zu beantworten: 3.1 Ist oder war bei Ihrem Kind eine besondere Förderung (z. B. sonderpädagogische Maßnahmen) erforderlich, z. B. wegen Entwicklungsverzögerungen in der Bewegung, der Sprache, im Verhalten? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt ☐ ja ☐ nein 3.2 Nimmt oder nahm Ihr Kind über einen Zeitraum von mehr als 2 Tagen pro Woche apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)? Medikamentenname von/bis ☐ ja ☐ nein 4. Folgende Fragen sind für den Zeitraum der letzten 2 Jahre zu beantworten: 4.1 Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind psychische Erkrankungen oder Störungen, wie z. B. AD(H)S, Depression, Angst- oder Essstörung? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt ☐ ja ☐ nein 4.2 Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind Erkrankungen oder Beschwerden des Bewegungsapparates, wie z. B. Fraktur, Band- oder Sehnenruptur, Lähmung, Rücken-, Knie- oder Schulterschmerzen? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt ☐ ja ☐ nein 4.3 Benötigt oder benötigte Ihr Kind Hilfsmittel, wie z. B. ein Stützkorsett, Hörgeräte, Sehhilfen (bei mehr als 6 Dioptrien)? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt ☐ ja ☐ nein 4.4 Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind über einen Zeitraum von mehr als 3 Monaten (chronische) Erkrankungen, wie z. B. Diabetes, Rheuma, Herzfehler, Asthma, Infektionen? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt ☐ ja ☐ nein 4.5 Ist oder war bei Ihrem Kind ein Aufenthalt in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, oder stationären Einrichtung (z.B. wegen einer Operation oder Therapie) erforderlich oder angeraten? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt ☐ ja ☐ nein 4.6 Werden oder wurden Leistungen/Renten aus gesundheitlichen Gründen bezogen oder wurde diesbezüglich ein Antrag gestellt, abgelehnt oder noch nicht endgültig entschieden (z. B. aus Invaliditätsabsicherungen, wegen Unfallfolgen oder Pflegebedürftigkeit, Grad der Behinderung (GdB/GdS) oder Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE))? Wenn ja, welche Leistungen, welcher GdB/GdS/MdE? ☐ ja ☐ nein 4.7 Betreibt Ihr Kind eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport)? Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein
BK Gesundheitserklärung der versicherten Person bei Tarif GS (Absicherung gegen Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten für Eintrittsalter der VP von 7 bis 14 anstelle der Blöcke GA und BA zu verwenden)	Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen. Routine-U-Untersuchungen ohne Befund oder ohne krankhafte Diagnose müssen nicht angegeben werden. 1. Körpergröße cm Körpergewicht (ohne Kleidung) kg 2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind angeborene oder erworbene Missbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen oder Entwicklungsstörungen/-verzögerungen? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt ☐ ja ☐ nein

BK
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
bei Tarif GS

(Absicherung gegen Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten für Eintrittsalter der VP von 7 bis 14 anstelle der Blöcke GA und BA zu verwenden)
(Fortsetzung)

3. Hatte Ihr Kind in den letzten fünf Jahren wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden mehr als vier Mal Arzt- oder Arztpraxiskontakt (ambulant oder stationär) oder sind **in den nächsten 12 Monaten** ärztlicherseits Untersuchungen oder Behandlungen angeraten?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

4. Nimmt oder nahm Ihr Kind in **den letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung?)

	Medikamentenname	von/bis
☐ ja ☐ nein		

5. Hat Ihr Kind eine Vorsorgeuntersuchung (U- und J-Untersuchungen bzw. Mutter-Kind-Pass) ausgelassen oder ergab sich aus mindestens einer Untersuchung ein auffälliger Befund? Bitte in diesem Fall Kopien des Untersuchungsheftes beifügen.

☐ ja ☐ nein	
---	--

Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, ist die Beantwortung der unten stehenden Fragen von »GA – Allgemeine Gesundheitserklärung der versicherten Person« und »BA – Gesundheitsklärung der versicherten Person bei WWK BioRisk« erforderlich.

GA
Allgemeine
Gesundheitserklärung
der versicherten Person

Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. (Falls Platz nicht ausreichend, bitte Feld Zusatzangaben verwenden.)

	cm	Körpergewicht (ohne Kleidung)	kg
1. Körpergröße			

2. Sind Sie in **den letzten 5 Jahren** von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen

- 2.1 des Herzens oder der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzschwäche, Herzschmerzen, Herzmuskelschäden, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit, Gefäßverschluss oder Durchblutungsstörungen der Beinvenen, Arteriosklerose)?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.2 der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen, Schlafapnoe)?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.3 der Verdauungsorgane: Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Entzündungen oder Geschwüre, erhöhte Leberwerte)?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.4 der Nieren und Harnwege (z. B. Entzündungen, Steine, Zysten, Blut oder Eiweiß im Urin)?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.5 des Gehirns oder des zentralen Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, andere neurologische Erkrankungen, Lähmungen, Migräne, Parkinson, Alzheimer, Demenz)?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.6 des Stoffwechsels oder des Blutes (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Anämie, Gerinnungsstörungen)?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.7 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie)?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.9 der Folgen von Alkoholkonsum oder Alkoholabhängigkeit?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

- 2.10 Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen oder Tropenkrankheiten (z. B. HIV-Infektion (AIDS), Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Zeckenbisskrankung (Borreliose), COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2), chronische Infektionen) oder steht ein Testergebnis derzeit noch aus?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

3. Haben Sie sich in **den letzten 5 Jahren** einer oder mehrerer Operationen unterzogen, sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten oder sind Operationen oder solche Aufenthalte derzeit angeraten?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

4. Wurden Sie in **den letzten 10 Jahren** von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen **wegen Erkrankungen oder Störungen der Psyche** (z. B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Suizidversuch, Belastungsreaktion, Essstörung, ADS/ADHS)?

	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
☐ ja ☐ nein			

5. Nehmen oder nahmen Sie in **den letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden Ihnen diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?

	Medikamentenname	von/bis
☐ ja ☐ nein		

- 6.1 Bestehen für Sie Lebens- oder Pflegeversicherungen oder wurden in **den letzten 6 Monaten** entsprechende Versicherungen für Sie beantragt? Bei wem, wann, in welcher Höhe?

	Versicherer	wann	in welcher Höhe
☐ ja ☐ nein			

- 6.2 Bestehen für Sie Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder wurden in **den letzten 6 Monaten** entsprechende Versicherungen für Sie beantragt? Bei wem, wann, in welcher Höhe?

	Versicherer	wann	in welcher Höhe
☐ ja ☐ nein			

GA
Allgemeine
Gesundheitserklärung
der versicherten Person

(Fortsetzung)

7. Wurden Ihnen Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherungsanträge **in den letzten 5 Jahren** abgelehnt, zurückgestellt bzw. wurden Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen gefordert? Wann, weshalb, von wem? Die Einschätzung Ihres Antrags erfolgt aufgrund des Gesundheitszustands, nicht aufgrund der Einschätzung einer anderen Versicherung.

Versicherer

wann

Gründe

☐ ja

☐ nein

8. Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen) oder betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport)?

☐ ja

☐ nein

9. Beabsichtigen Sie **in den nächsten 12 Monaten** einen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten anzutreten?

☐ ja

☐ nein

Land

von/bis

BA
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
bei WWK BioRisk

(Absicherung gegen
Berufsunfähigkeit,
Erwerbsunfähigkeit
und Beeinträchtigungen
der Grundfähigkeiten)

Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. (Falls Platz nicht ausreichend, bitte Feld Zusatzangaben verwenden.)

1. Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen

1.1 der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)?

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

☐ ja

☐ nein

1.2 des Bewegungsapparates (wie Arme, Beine, Rücken/Wirbelsäule, Schultern), der Knochen, Gelenke (wie Hüft-, Knie- oder Sprunggelenke), Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Rheuma, Fibromyalgie, Osteoporose)?

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

☐ ja

☐ nein

1.3 der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grüner Star, grauer Star)?

Erkrankung/Diagnose/Dioptrien

von/bis

behandelnder Arzt

☐ ja

☐ nein

1.4 der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

☐ ja

☐ nein

2. Bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen Renten oder sonstige Versorgungsleistungen?

☐ ja

☐ nein

3. Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Missbildungen, Folgen von Operationen, Unfällen oder Infektionskrankheiten, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenschaden, Versteifungen, Amputationen, Hirnleistungsstörungen, Gedächtnisverlust), wurde bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GDS), eine Behinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder in den letzten 12 Monaten beantragt?

☐ ja

☐ nein

Zusatzangaben zur
Gesundheitserklärung

Gesundheitserklärung	Nr.	Zusatzangaben
☐ BK ☐ GA ☐ BA ☐ GK		
☐ BK ☐ GA ☐ BA ☐ GK		
☐ BK ☐ GA ☐ BA ☐ GK		

☐ Weitere Angaben sind auf einem gesonderten Blatt enthalten. Bitte ggf. ankreuzen.
Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen.

Hausarzt

Hausarzt (Name, Anschrift)

Einwilligungs-
erklärung des
Versicherungs-
nehmers und der
zu versichernden
Person

I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die WWK Lebensversicherung a. G., Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die WWK Lebensversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Die WWK Lebensversicherung a. G. benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Dienstleister oder Assistancegesellschaften weiterleiten zu dürfen.

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

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die WWK Lebensversicherung a. G.
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G. und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

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

II. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die WWK Lebensversicherung a. G.:

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

III. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

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

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

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die WWK Lebensversicherung a. G. benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärung bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

WWK-L2252X-7170-06F

40060-ID.00007-12.24 Seite 6 von 12

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I

- ☐ Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. – soweit es für die Risikobeurteilung oder die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, Heilpraktikern, Physiotherapeuten sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

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

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

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

Möglichkeit II

- ☐ Ich wünsche, dass mich die WWK Lebensversicherung a. G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die WWK Lebensversicherung a. G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die WWK Lebensversicherung a. G. einwillige
 - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe
- Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

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

2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

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

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Ziffer III 1. – Möglichkeit I).

IV. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G.

Die WWK Lebensversicherung a. G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

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

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

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

Die WWK Lebensversicherung a. G. führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die WWK Lebensversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die WWK Lebensversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die WWK Lebensversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter (www.WWK.de) eingesehen werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die WWK Lebensversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

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

3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die WWK Lebensversicherung a. G. das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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

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

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

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

4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

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

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

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

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

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

5. Datenweitergabe zur Bonitätsprüfung

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden zur

- Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G. selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder einer Auskunft (z.B. Bürgel, Infocore, Creditreform, SCHUFA);
- Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G., ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunft (z.B. Bürgel, Infocore, Creditreform, SCHUFA) eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit (bzw. der Kundenbeziehung, Scoring) einholt;
- Sicherung des wirtschaftlichen Interesses bei Leistungsstörung aus dem Versicherungsvertragsverhältnis, wenn der Versicherungsnehmer seiner Pflicht zur Zahlung seiner Versicherungsbeiträge nicht nachkommt. Nach erlassenen Mahn- bzw. Vollstreckungsbescheid wird eine Meldung hierüber an die Auskunft (Firma Infocore) gemacht.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die WWK Lebensversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

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

**Einwilligungs-
erklärung des
Versicherungs-
nehmers und der
zu versichernden
Person**

(Fortsetzung)

Schweigepflichtentbindungserklärung für den Hausarzt

Zur Beschleunigung der Antragsbearbeitung willige ich hiermit gesondert ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G., soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist, meine Gesundheitsdaten bei meinem folgenden Hausarzt erhebt und für diese Zwecke verwendet:

Bitte geben Sie hier ggf. Namen und Anschrift Ihres Hausarztes an, den Sie von der Schweigepflicht entbinden möchten.

Ich befreie den oben genannten Arzt von seiner Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die WWK Lebensversicherung a. G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Versicherungsantragsdaten durch die WWK Lebensversicherung a. G. an den oben genannten Arzt weitergegeben werden und befreie insoweit die für die WWK Lebensversicherung a. G. tätigen Personen von der Schweigepflicht.

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Unterschrift **Antragsteller/-in**

X

Unterschrift **aller gesetzlichen Vertreter**, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist

X

Unterschrift **zu versichernde Person**, falls nicht Antragsteller/-in

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Beitragszahlung

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE81WWK0000069127

Ich ermächtige die WWK Lebensversicherung a. G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die von den WWK Versicherungen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Die Mandatsreferenznummer wird mir nachträglich mitgeteilt. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das SEPA-Basis-Lastschriftmandat wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

☐ **Kontoinhaber weicht vom Versicherungsnehmer ab:** ☐ Frau ☐ Herr ☐ Firma

☐ Überweisung

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz)

PLZ

Wohnort (Hauptwohnsitz)

Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts

IBAN

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Datum TT/MM/JJJJ

Unterschrift **Kontoinhaber/-in**

X

Vereinbarung

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig?

☐ ja
☐ nein

Welche?

**Zusätzliche Hinweise
und Erklärungen**

Vor und nach Abschluss des Vertrags gilt deutsches Recht. Bevor Sie dieses Formular unterschreiben, lesen Sie bitte die **Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person**. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Hinweise und Erklärungen gelesen und akzeptiert haben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie ferner, dass Sie die wichtigen Informationen zur **vorvertraglichen Anzeigepflicht** als zusätzliche Seite erhalten haben. **Außerdem stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.** Vertragspartner/-innen im Außendienst sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben. In die auf den folgenden Seiten in der Rubrik »Wichtige allgemeine Informationen« abgedruckte Verwendung meiner personenbezogenen Daten willige ich ein.

**Informationen
gemäß VVG-InfoV**

Ich habe alle Informationen gemäß Informationspflichten-Verordnung (VVG-InfoV) wie die Versicherungsbedingungen, die Merkblätter (Lipid, Fondsübersichten, etc.), die Modellrechnungen und Antragskopie erhalten (nur bei Antrag zum Abschluss einer Versicherung).

Vertragsunterschriften

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Kundeninformation rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags in Textform erhalten habe und stimme zu, dass – rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt – der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.
- Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Unterschrift **Antragsteller/-in**

X

Unterschrift **aller gesetzlichen Vertreter**, falls zu versichernde Person minderjährig ist

X

Unterschrift **zu versichernde Person**, falls nicht Antragsteller/-in

X

Unterschrift **Antragsvermittler/-in**

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Wichtige allgemeine Informationen

Hinweise

Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Wir sind bereit und verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren in Anspruch nehmen.

Sie können Ihre Anfragen richten an:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

Wir nehmen an Streitbeilegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teil. Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Die WWK Lebensversicherung a. G. hat sich verpflichtet, die Durchführung **prädiktiver Gentests** nicht zur Voraussetzung eines Vertragsabschlusses zu machen. Bereits vorliegende Befunde solcher Tests müssen erst ab einer Gesamttodesfallsumme von 250.000 EUR bzw. einer jährlichen Barrente von 30.000 Euro bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht offengelegt werden. Dabei verstehen wir unter einem »prädiktiven Gentest« die Untersuchung des Erbguts einer gesunden Person auf Veränderungen, die auf eine Veranlagung für bestimmte Erkrankungen hinweisen.

Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten die Bedingungen, die der Formulkopie für den Versicherungsnehmer beigelegt sind.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den/die Versicherungsnehmer/-in im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Mitteilungen Vertragspartner/-in im Außendienst (Bei der Policierung ist der genannte Beitrag maßgebend.)

Ergänzungen durch die Außenstelle (Nummer, Eingangsstempel)

☐ VN ist Mitarbeiter der WWK Versicherungen

WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
Vorstand: Jürgen Schrameier (V.), Rainer Gebhart (stv. V.), Dirk Fassott
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank Schindelbauer
Sitz München · Registergericht München HR B 211

Folgendes gilt für die beantragten Versicherungen bei der WWK Lebensversicherung a. G.

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Aufgrund Ihres Antrags gewähren wir Versicherungsschutz gemäß den unten abgedruckten »Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung«.

WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
Der Vorstand



Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebens- versicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall und die für den Fall der Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beantragten Leistungen, sofern eine Karenzzeit nicht vorgesehen ist.

(2) Wenn Sie eine Unfall-Zusatzversicherung (UZV) beantragt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfallversicherungssumme, falls ein Unfall

a) während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und

b) innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zum Tode der versicherten Person führt.

(3) Haben Sie eine Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung, Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung oder einer Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne der diesen Versicherungen zugrunde liegenden Bedingungen ein, so gilt:

a) Eine Rente wegen Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten zahlen wir nur, wenn uns die Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

b) Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung erbringen wir nur, wenn und solange die beantragte Versicherung zustande gekommen und nicht weggefallen ist.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten aus der jeweiligen (Zusatz-)Versicherung mit dem Ablauf der jeweils vorgesehenen Leistungsdauer.

(4) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir im Todesfall einschließlich der Zahlungen aus einer Unfall-Zusatzversicherung höchstens 150.000 EUR.

Bei Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. bei einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beträgt die Höchstreute 12.000 EUR jährlich, die Beitragsbefreiung gilt für eine Versicherungssumme (aus der beantragten Versicherung) von maximal 150.000 EUR.

Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge für dieselbe zu versichernde Person, welche zusammen gerechnet den jeweiligen Höchstbetrag übersteigen, gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

a) eine Karenzzeit nicht vereinbart ist;

b) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;

c) uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist. Bei Vermögensbildungsversicherungen reicht es aus, wenn uns der »Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber« vorliegt;

d) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;

e) Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;

f) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung des Antrags, mittags 12:00 Uhr.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung oder nach einem weiteren Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz ein gleichartiger Versicherungsschutz begonnen hat. Dies gilt auch, wenn die Hauptversicherung oder ein weiterer Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer geschlossen wird;

b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;

c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht gem. § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;

d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;

e) der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

(3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden; dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(3) Ist der Versicherungsfall unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht, entfällt unsere Leistungspflicht.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung, einschließlich derjenigen für eine beantragte Unfall-Zusatzversicherung

sowie Berufs-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht benannt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Zum Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots

Folgendes gilt für die angefragten Versicherungen bei der WWK Lebensversicherung a. G.

**Bestätigung über
den vorläufigen
Versicherungsschutz**

Aufgrund Ihrer Versicherungsanfrage gewähren wir Versicherungsschutz gemäß den unten abgedruckten »Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung«.

WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
Der Vorstand



**Allgemeine
Bedingungen für
den vorläufigen
Versicherungsschutz
in der Lebens-
versicherung**

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Anfragenden und künftigen Versicherungsnehmer.

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 6 Wie ist das Verhältnis zu der Versicherung, für die die Versicherungsanfrage gestellt wurde (Hauptversicherung) und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall und die für den Fall der Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten vorgesehenen Leistungen Ihrer Versicherungsanfrage, sofern eine Karenzzeit nicht vorgesehen ist.

(2) Wenn Sie eine Versicherungsanfrage für eine Unfall-Zusatzversicherung (UZV) gestellt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfallversicherungssumme, falls ein Unfall

a) während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und

b) innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zum Tode der versicherten Person führt.

(3) Haben Sie eine Versicherungsanfrage für eine Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung, Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung oder einer Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung gestellt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne der diesen Versicherungen zugrunde liegenden Bedingungen ein, so gilt:

a) Eine Rente wegen Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten zahlen wir nur, wenn uns die Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

b) Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung erbringen wir nur, wenn und solange die Hauptversicherung zustande gekommen und nicht weggefallen ist.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten aus der jeweiligen (Zusatz-)Versicherung mit dem Ablauf der jeweils vorgesehenen Leistungsdauer.

(4) Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir im Todesfall einschließlich der Zahlungen aus einer Unfall-Zusatzversicherung höchstens 150.000 EUR.

Bei Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. bei einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beträgt die Höchstreute 12.000 EUR jährlich, die Beitragsbefreiung gilt für eine Versicherungssumme (aus der Hauptversicherung) von maximal 150.000 EUR.

Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn Ihre Versicherungsanfrage höhere Leistungen vorsieht oder mehrere Versicherungsanfragen für dieselbe zu versichernde Person, welche zusammengerechnet den jeweiligen Höchstbetrag übersteigen, gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

a) eine Karenzzeit nicht vereinbart ist;

b) der vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach der Unterzeichnung Ihrer Versicherungsanfrage liegt;

c) uns eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist. Bei Vermögensbildungsversicherungen reicht es aus, wenn uns der »Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber« vorliegt;

d) Sie das Zustandekommen der Hauptversicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;

e) Ihre Versicherungsanfrage sich im Rahmen der von uns angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;

f) die versicherte Person bei Unterzeichnung der Versicherungsanfrage das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihre Versicherungsanfrage bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung der Versicherungsanfrage, mittags 12:00 Uhr.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

a) der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung oder nach einem weiteren Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz ein gleichartiger Versicherungsschutz begonnen hat. Dies gilt auch, wenn die Hauptversicherung oder ein weiterer Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer geschlossen wird;

b) wir Ihre Versicherungsanfrage abgelehnt haben;

c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht gem. § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;

d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheines widersprochen haben;

e) Sie uns mitteilen, dass Sie am Abschluss der Hauptversicherung kein Interesse mehr haben;

f) der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

(3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen in der Versicherungsanfrage gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese in der Versicherungsanfrage angegeben wurden; dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(3) Ist der Versicherungsfall unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht, entfällt unsere Leistungspflicht.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zu der Versicherung, für die die Versicherungsanfrage gestellt wurde (Hauptversicherung) und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die Versicherung Anwendung, für die die Versicherungsanfrage gestellt wurde (Hauptversicherung), einschließlich derjenigen für eine vorgesehene Unfall-Zusatzversicherung sowie Berufs-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-(Zusatz-)Versicherung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Haben Sie in Ihrer Versicherungsanfrage ein Bezugsrecht benannt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Tarifbeschreibung WWK BioRisk

Berufsunfähigkeits- versicherung	Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:		
Komfort	BS25	Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.	
Erwerbsunfähigkeits- versicherung	Im Falle der Erwerbsunfähigkeit leisten wir bei:		
	ES22	Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.	
Grundfähigkeits- versicherung	Im Falle der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten leisten wir bei:		
	GS22	Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.	
Karenzzeit	K	Bei Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beginnt die Leistungspflicht erst nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit (nicht Beitragsbefreiung und Einmalzahlung).	
Einmalzahlung	Die Einmalzahlung wird nur bei erstmaligem Eintritt der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten fällig.		
Rentensteigerung	Nach Eintritt des Leistungsfalls und nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit erhöht sich die vereinbarte monatliche Rente zum Jahrestag des Beginns unserer Rentenzahlungspflicht um den vereinbarten Prozentsatz. Geht die monatliche Rente in eine Altersrente über, wird die Rentensteigerung fortgesetzt und erfolgt jährlich zum Jahrestag des Beginns der Altersrente um den vereinbarten Prozentsatz, erstmals zu Beginn der Altersrente. Die weiteren Steigerungen der Altersrente werden, jeweils zum Jahrestag des Beginns der Altersrente vorgenommen.		
Lebenslange Altersrente	Die Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrente geht in eine lebenslange Altersrente gleicher Höhe über, wenn die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder der Verlust der Grundfähigkeit während der Versicherungsdauer, spätestens aber zehn Jahre vor Ende der Leistungsdauer eintritt und bis zum Ablauf der Leistungsdauer ununterbrochen andauert.		
Grundfähigkeitspaket Plus	Zusätzlicher Leistungsumfang für die Grundfähigkeitsversicherung		
Wechseloption für Schüler und Studenten	Für einen späteren Wechsel aus der Grundfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort. Das Eintrittsalter beträgt maximal 30 Jahre und das Versicherungsablaufalter mindestens 60 Jahre. Die Wechseloption ist nur möglich bei Tarifarten NT, R2 und G1.		
Dynamik	Zu Beginn jedes Versicherungsjahres wird der Beitrag gemäß den »Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung« erhöht. Durch Einschluss der Dynamik erhöht sich der Beitrag jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Die Beitragserhöhung bewirkt – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine Erhöhung aller tariflichen Versicherungsleistungen. Gilt nicht für eine mitversicherte Einmalzahlung.		
NT Normaltarif R1*/R2/G1 Kollektivtarif * Nur für ES und GS			