

LEBEN

WWK BioRisk
WWK PremiumRisk

Antrag: Standardantrag
Tarife: BSA07, GSA07, HA07, HFA07

Mögliche Zusatzseiten

- Fondsauswahlblatt 7146
- Geldwäschegegesetz (juristische Personen) 1010
- Geldwäschegegesetz (natürliche Personen) 1011



Eine starke Gemeinschaft

WWK Lebensversicherung
auf Gegenseitigkeit
Marsstraße 37, D-80335 München
Telefon +49 89 5114-39 00
Fax +49 89 5114-23 37
E-Mail: info@wwk.de
www.wwk.at

Mitteilung nach §§ 16ff VersVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen 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. **Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zur Leistungsfreiheit führen.** Nähere Einzelheiten zu den Folgen
einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information
entnehmen.

Welche Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zum Vertragsabschluss verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen die WWK in geschriebener Form gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Insbesondere wenn die

WWK nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in geschriebener Form nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt

Verletzen Sie die Anzeigepflicht, kann die WWK vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht ohne Verschulden unrichtig oder unvollständig gemacht worden ist. Sofern Sie oder die versicherte Person Umstände, welche für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind, nach denen wir aber nicht ausdrücklich gefragt haben, nicht angegeben haben, können wir vom Vertrag nur zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

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, nicht vollständig 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 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. Vertragsanpassung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ohne Verschulden erfolgt ist, können wir ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf die höhere Gefahr angemessen ist.

3. Kündigung

Kann die WWK den Vertrag nicht anpassen, weil die höhere Gefahr nach unseren tariflichen Grundsätzen auch nicht gegen eine höhere Prämie versicherbar ist, 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.

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 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 drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der 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 Anzeigepflicht unverschuldet, nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

WWK BioRisk

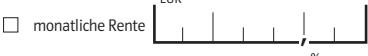
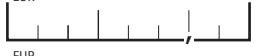
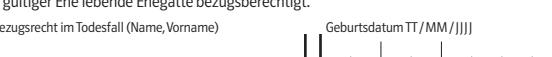
WWK PremiumRisk

Antrag zum Abschluss einer Versicherung

Abschlussvermittler		Ast.-Nr. AV.-Nr. KB APS % Aktions-Nr. Agentur Antragsnummer						
Versicherungsnehmer/-in (VN)		Titel Name Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Geburtsort 1. Staatsangehörigkeit Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Erwerbsstatus <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig Beschäftigte MA <input type="checkbox"/> sonstiges Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Vorname Geburtsland 2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden) 3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden) Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) (00 43) / Länderkennz. A <input type="checkbox"/> Beamte/r <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig/arbeitssuchend	Wohnhaft in der EU seit Jahren Fax-Nummer (freiwillige Angabe) (00 43) /				
Zu versichernde Person (VP) falls nicht Antragsteller/-in (auch Verwandtschaftsverhältnis zum VN angeben)		Titel Name Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Geburtsort Straße und Hausnummer PLZ Wohnort Erwerbsstatus <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig Beschäftigte MA <input type="checkbox"/> sonstiges Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche	Verwandtschaftsverhältnis zum VN <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Vorname Geburtsland Staatsangehörigkeit Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) (00 43) / Länderkennz. A <input type="checkbox"/> Beamte/r <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig/arbeitssuchend	Fax-Nummer (freiwillige Angabe) (00 43) /				
<p>Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern diese zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits volljährig war.</p>								
<p><input type="checkbox"/> Angaben zur Überprüfung der Identität des Versicherungsnehmers (VN) <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> Führerschein</p> <table border="1"> <tr> <td>Nummer</td> <td>Ausstellungsbehörde</td> <td>gültig bis TT/MM/JJJJ</td> </tr> </table> <p>Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen:</p> <p><input type="checkbox"/> auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt. <input type="checkbox"/> nicht auf meine eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt. (*)</p> <p>(*) Zur Identifizierung eines Dritten bei natürlichen Personen Formblatt 1011 und bei juristischen Personen Formblatt 1010 verwenden.</p>						Nummer	Ausstellungsbehörde	gültig bis TT/MM/JJJJ
Nummer	Ausstellungsbehörde	gültig bis TT/MM/JJJJ						



A Tarifdetails

<p>Beginn</p> <p>Datum TT/MM/JJJJ 01 12 Uhr mittags</p> <p>Tarif</p> <p>WWK BioRisk</p> <p><input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsversicherung Tarif: BSA07</p> <p><input type="checkbox"/> Grundfähigkeitsversicherung Tarif: GSA07</p> <p>Karenzzeit (K) bei Rente in Monaten Standard: keine oder <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24</p> <p><input type="checkbox"/> monatliche Rente EUR </p> <p>Rentensteigerung im Leistungsfall (1% - 3%) 0</p> <p><input type="checkbox"/> Grundfähigkeitspaket Plus gemäß den Besonderen Bedingungen (Zusätzlicher Leistungsumfang für die Grundfähigkeitsversicherung)</p> <p><input type="checkbox"/> Einmalzahlung (5.000 EUR)</p> <p>Hinweis: Bei einer lebenslangen Rente erst ab 400 EUR versicherter monatlicher Rente möglich. Die Einmalzahlung ist von der evtl. gewählten Dynamik und Karenzzeit ausgeschlossen.</p> <p><input type="checkbox"/> Wechseloption für Schüler und Studenten gemäß den Besonderen Bedingungen (Für einen späteren Wechsel aus der Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Das Eintrittsalter beträgt maximal 30 Jahre und das Versicherungsablaufalter mindestens 60 Jahre)</p> <p></p> <p>Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung.</p>	<p>Datum TT/MM/JJJJ 01 12 Uhr mittags</p> <p>WWK PremiumRisk</p> <p><input type="checkbox"/> Tarif: H A07</p> <p>Versicherungssumme EUR </p> <p>Endalter Jahre </p> <p>oder Versicherungsdauer Jahre </p> <p>abgekürzte Dauer der Beitragszahlung (bei Tarif HFA07) </p>
<p>Beitrag und Zahlungs-Zeitraum</p> <p>Garantiertes Beitrag (inkl. Versicherungssteuer) EUR </p> <p>Zahlbeitrag (inkl. Versicherungssteuer nach Sofortverrechnung) EUR </p> <p>Zahlungs-Zeitraum: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼-jährlich <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungs-Zeitraums.</p> <p>Berufsgruppe </p>	<p>Beitrag ohne Versicherungssteuer EUR </p> <p>Beitrag inkl. Versicherungssteuer EUR </p> <p>Zahlungs-Zeitraum: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼-jährlich <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungs-Zeitraums.</p>
<p>Überschussbeteiligung</p> <p><input type="checkbox"/> Sofortverrechnung <input type="checkbox"/> Fondsansammlung/Gewünschte Fonds: <input type="checkbox"/> verzinsliche Ansammlung <input type="checkbox"/> WWK Depot Strategie 80/20 (Risikoklasse 3) <input type="checkbox"/> Sonstige (siehe Fondsauswahlblatt 7146)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sofortverrechnung <input type="checkbox"/> Gewünschte Dynamik (% - 6%): 0 <input type="checkbox"/> Keine Dynamik</p>
<p>Dynamik</p> <p>Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung.</p>	<p>Es wird (soweit möglich) eine jährliche Beitrags- und Leistungsdynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart. Der Beitrag erhöht sich jährlich um 3%.</p> <p><input type="checkbox"/> Andere gewünschte Dynamik (1% - 6%): 0 <input type="checkbox"/> Keine Dynamik</p> <p>Hinweis: Bei Renten über 1.500 EUR maximal 3%.</p>
<p>Bezugsberechtigung</p> <p>Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung</p> <p>Sollte nachstehend nichts anderes vereinbart sein, gilt Folgendes:</p> <p>Im Erlebensfall ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.</p> <p>Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname) Geburtsdatum TT/MM/JJJJ </p> <p>Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.</p> <p>Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname) Geburtsdatum TT/MM/JJJJ </p> <p>Bitte füllen Sie die Blöcke BT, BK, GA und BA aus.</p>	<p>Nur bei Tarif HA07:</p> <p><input type="checkbox"/> Gewünschte Dynamik (% - 6%): 0</p> <p>Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung</p> <p>Sollte nebenstehend nichts anderes vereinbart sein, gilt Folgendes:</p> <p>Im Erlebensfall einschließlich Terminal Illness ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.</p> <p>Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname) Geburtsdatum TT/MM/JJJJ </p> <p>Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.</p> <p>Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname) Geburtsdatum TT/MM/JJJJ </p> <p>Bitte füllen Sie die Blöcke GA und HZ aus.</p>
<p>Hinweis auf Gesundheitsfragen</p>	

B Berufs- und Risikofragen

BT
Tätigkeitsbeschreibung
für VP
nur für WWK BioRisk

Erwerbsstatus	<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig/arbeitssuchend <input type="checkbox"/> sonstiges				
Ausbildung - Geben Sie bitte Ihren höchsten Abschluss an.	<input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung kaufmännisch <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung sonstige <input type="checkbox"/> abgeschlossene Schulausbildung <input type="checkbox"/> Fachrichtung des Studiengangs/ der Berufsausbildung/sonstiges				
Tätigkeit - Geben Sie bitte den durchschnittlichen Anteil Ihrer beruflichen Tätigkeit in Prozent an.	Bürotätigkeit %	Reise- oder Außen- diensttätigkeit %	körperlich/ handwerklich %	künstlerisch %	sonstiges %
Seit wann sind Sie selbstständig, bzw. seit wann üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus?	<input type="checkbox"/> ja, für <input style="width: 100px;" type="text"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> nein Datum TT/MM/JJJJ)				
Personalverantwortung (fachlich und disziplinarisch)	Haben Sie für Mitarbeiter (Voll- und Teilzeit) dauerhaft Personalverantwortung? <input type="checkbox"/> ja, für <input style="width: 100px;" type="text"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> nein				
Einkommen*	Wie hoch war/ist Ihr Bruttoarbeitsentkommen? Bei Selbstständigen Bruttogewinn, bei Beamten Besoldungsgruppe und -stufe (BG) mit angeben.				
dieses Jahr	EUR	BG	letztes Jahr	EUR	BG
vorletztes Jahr					
<small>* Dient im Rahmen der Berufsgruppenbestimmung ggf. zur Besserstellung und ist zwingend erforderlich bei monatlichen Renditen über 1.000 EUR (inkl. bestehender Vorversicherungen/Anwartschaften).</small>					

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 (gesetzliche 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 gesetzlichen Anzeigepflicht« in diesem Formular entnehmen. **Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die wichtigen Informationen zur gesetzlichen 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.

BK
Gesundheitserklärung
Kids GSA
(Für Eintrittsalter von 7 bis 14 zu verwenden.
Ab dem 15. Geburtstag sind die Blöcke GA und BA erforderlich.)

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a.G. nachzuholen.				
1. Körpergröße cm Körpergewicht kg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind angeborene oder erworbene Missbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen oder Entwicklungsstörungen/-verzögerungen? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
3. Hatte Ihr Kind in den letzten fünf Jahren wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden mehr als vier Mal Arzt- oder Arztrapiskontakt (ambulant oder stationär) oder sind in den nächsten 12 Monaten ärztlicherseits Untersuchungen oder Behandlungen angeraten? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
4. Nahm Ihr Kind in den letzten 5 Jahren über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen apothekenpflichtige Medikamente ein? (welche, in welchen Abständen, Dosierung?) Medikamentenname von/bis <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
<small>Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, ist die Beantwortung der unten stehenden Fragen von »GA - Allgemeine Gesundheitserklärung der versicherten Person« und »BA - Gesundheitserklärung der versicherten Person bei WWK BioRisk« erforderlich.</small>				

GA
Allgemeine Gesundheitserklärung
der versicherten Person
für WWK BioRisk und
WWK PremiumRisk

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a.G. nachzuholen. 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. Körpergröße cm Körpergewicht kg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
2.2 der Atmungsorgane (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen, Schlafapnoe)? Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

GA
Allgemeine
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
für WVK BioRisk und
WWK PremiumRisk

(Fortsetzung)

2.3 der Verdauungsorgane: Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Entzündungen oder Geschwüre, erhöhte Leberwerte)?	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2.4 der Nieren und Harnwege (z.B. Entzündungen, Steine, Zysten, Blut oder Eiweiß im Urin)?	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2.6 des Stoffwechsels oder des Blutes (z.B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Anämie, Gerinnungsstörungen)?	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2.7 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie)?	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2.9 der Folgen von Alkoholgenuss oder Alkoholabhängigkeit?	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
2.10 Infektionskrankheiten, Geschlechterkrankungen oder Tropenkrankheiten (z.B. HIV-Infektion (AIDS), Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Zeckenbisskrankung (Borreliose), chronische Infektionen) oder steht ein Testergebnis derzeit noch aus?	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
5. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apothekenpflichtige Medikamente ein (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?	Medikamentenname	von/bis	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
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
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Motorradsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport)?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
9. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten anzutreten?	Land	von/bis	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

BA
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
für WVK BioRisk

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
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
1.3 der Augen (z.B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grüner Star, grauer Star)?	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

BA
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
nur für WWK BioRisk

(Fortsetzung)

1.4 der Ohren (z.B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)? Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelter Arzt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
2. Bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen Renten oder sonstige Versorgungsleistungen?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
3. Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulen-schaden, Amputationen, Hirnleistungsstörungen, Gedächtnisverlust), wurde bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GDS), eine Behinde-rung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder in den letzten 12 Monaten beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

HZ
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
nur für WWK Premium-Risk

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. Wurde bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** ein Gesamtkohlesterinwert von mehr als 220mg/dl festgestellt?

Wenn ja, wann und wie hoch?

- ja nein

2. Wurde bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** ein Blutdruck von mehr als 140 / 90 festgestellt?

Wenn ja, tragen Sie bitte die letzten drei bekannten Werte ein (systolisch/diastolisch).

- ja nein

Nichtrauchererklaerung – Ich habe in den vergangenen 24 Monaten:

- keine Zigaretten geraucht

- Zigaretten geraucht

Mir ist bewusst, dass eine unrichtige Erklärung den Verlust bzw. die Reduzierung des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann.

Zusatzangaben zur Gesundheitserklärung

Gesundheitserklärung	Nr.	Zusatzangaben
<input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> HZ <input type="checkbox"/> BK		
<input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> HZ <input type="checkbox"/> BK		
<input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> HZ <input type="checkbox"/> BK		

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)

C | **Gemeinsame Vereinbarungen für die beantragten, rechtlich selbstständigen Versicherungen**

Datenschutzerklärung/Schweigepflicht-Entbindungserklärung

1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten

I. bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie die bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderliche medizinische Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

II. im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungslistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

2. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die unter Punkt 1 genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1.

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

3. Weitergabe Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten zur Bonitätsprüfung

Der Antragsteller stimmt zu, dass seine 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 das allgemeine Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder einer Auskunftei (z.B. Bügel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);

Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a.G. ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunftei (z.B. Bügel, Infoscore, 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 erlassenem Zahlungsbefehl wird eine Meldung hierüber an die Auskunftei (Firma Infoscore) gemacht.

Die oben erfolgten Zustimmungserklärungen können jederzeit widerrufen werden.

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Unterschrift Antragsteller/in

X

Unterschrift gesetzlicher 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. DE81WWK00000069127

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. Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

Kontoinhaber weicht vom Versicherungsnehmer ab: Frau Herr Firma

(Sammel-) Überweisung

Titel, Name, Vorname

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz)

PLZ

Wohnort (Hauptwohnsitz)

Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts

IBAN

BIC

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

Datum TT/MM/JJJJ

Unterschrift Kontoinhaber/in

X

**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 Kontaktdata aus diesem Antrag für folgende Kommunikationswege im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen:

Telefon (wie unter Punkt »Anschrift« angegeben)
 Fax-Nr. (wie unter Punkt »Anschrift« angegeben)
 für nebenstehende Kontaktdata

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 Neubeginn 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.

Vereinbarung

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig?

ja

Welche?

**Zusätzliche Hinweise
und Erklärungen**

Für den Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite. Bitte lesen Sie außerdem die beigefügte Verbraucherinformation; sie enthält unter anderem wichtige Informationen zu Ihren Rücktrittsrechten. Antragsvermittler/-innen 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.

Schlusserklärung

Die Antragsfragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Antworten erkläre ich mich auch dann voll verantwortlich, wenn diese von einer anderen Person geschrieben wurden. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten kann.

Vertragsunterschriften

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Vertragsunterlagen rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags in geschriebener Form erhalten habe und stimme zu, dass – rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt – der Versicherungsschutz vor Ablauf der Rücktrittsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.
- Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.
- Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass sämtliche Erklärungen, welche den Bestand oder Inhalt des Versicherungsvertrages betreffen (z. B. Kündigung, Mitteilung oder Änderung von Drittrechten oder Bezugsrechten sowie Anzeigen des Verlustes des Versicherungsscheins) aus Gründen der Rechtssicherheit nur in schriftlicher Form (d. h. eigenhändig unterschrieben) erfolgen dürfen.

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Unterschrift Antragsteller/in

X

Unterschrift gesetzlicher Vertreter, falls
Antragsteller/in bzw. zu versichernde Person
mindestens 18 Jahre alt ist.

X

Unterschrift zu versichernde Person falls
nicht Antragsteller/in

X

Unterschrift Antragsvermittler/in
Die richtige/n Person/en hat/haben
in meiner Gegenwart unterschrieben.

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Wichtige allgemeine Informationen

Nichtrauchererklärung	Eine Änderung des Nichtraucherstatus ist uns innerhalb von drei Monaten schriftlich anzugeben. Die Versicherung wird dann ab dem auf die Anzeige folgenden Beginn der nächsten Beitragszahlung auf den Status »Raucher« umgestellt. Tritt nach Ablauf dieser Frist der Leistungsfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt ist, vermindert sich die Todesfallssumme auf diejenige eines Rauchers mit dem entsprechenden Beitrag.
Hinweise	<p>Die WWK Versicherungen sind Mitglied im Verein Versicherungsbürosmann e. V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.</p> <p>Anschrift: Versicherungsbürosmann e.V., Postfach 080632, D-10006 Berlin</p> <p>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 Gesamtodesfallssumme 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 offen gelegt 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.</p> <p>Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten die Bedingungen, die der Formularkopie für den Versicherungsnehmer beigefügt sind.</p> <p>Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den/die Versicherungsnehmer/in im Allgemeinen unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.</p>

VN ist Mitarbeiter der WWK Versicherungen

Mitteilungen

Vertragspartner/in im Außendienst

Bei der Policierung ist maßgebend:

- der genannte Beitrag
 die Versicherungssumme

Ergänzungen durch die Außenstelle

Nummer

Eingangsstempel

Fremdordnungsbegriff

Recherche mit Formblatt 6100-1401
(Erst-Betreuungs-Auftrag)

- ja
 nein

Nur für
Zentraldirektion
Interne Vermerke

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

Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz Auf Grund 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 Lebensversicherung

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) Wenn Sie eine **Renten- oder Lebensversicherung** beantragt haben, erstreckt sich der vorläufige Versicherungsschutz auf die für den Todesfall beantragten garantierten Leistungen, sofern eine Karenzzeit nicht vorgesehen ist. Er erstreckt sich jedoch nicht auf die für den Fall der Terminal Illness beantragten Leistungen.

(2) Haben Sie eine **Berufsunfähigkeitsversicherung** oder eine **Gundfähigkeitsversicherung** beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit oder eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne der diesen Versicherungen im Sinne der diesen Versicherungen zugrunde liegenden Bedingungen ein, erstreckt sich der vorläufige Versicherungsschutz auf die für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beantragten Leistungen, sofern eine Karenzzeit nicht vorgesehen ist.

Darüber hinaus gilt folgendes:

a) Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten zahlen wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit oder 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 solang die beantragte Versicherung zu Stande gekommen und nicht weggefallen ist.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten aus der jeweiligen Versicherung mit dem Ablauf der jeweils vorgesehenen Leistungsdauer.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir im Todesfall höchstens 150.000 EUR.

Bei Berufsunfähigkeit oder einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beträgt die Höchstrente 12.000 EUR jährlich.

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.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(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 Versicherung oder ein weiterer Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer geschlossen wird;
- b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
- c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen oder von Ihren Rücktrittsrechten Gebrauch gemacht haben;
- d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 VersVG 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 geschriebener Form 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.

§ 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag, erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme gemäß § 1. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

<p>§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?</p> <p>(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung</p>	<p>Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.</p> <p>(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht benannt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.</p>
---	--

Tarifbeschreibung

Berufsunfähigkeitsversicherung	Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei: BSA07 Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.	
Grundfähigkeitsversicherung	Im Falle der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten leisten wir bei: GSA07 Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.	
Karenzzeit	K	Bei Berufsunfähigkeit/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/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten fällig.	
Rentensteigerung	<p>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.</p> <p>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.</p>	
Grundfähigkeitspaket Plus	Zusätzlicher Leistungsumfang für die Grundfähigkeitsversicherung	
Wechseloption für Schüler und Studenten	<p>Für einen späteren Wechsel aus der Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Das Eintrittsalter beträgt maximal 30 Jahre und das Versicherungsablaufalter mindestens 60 Jahre.</p>	
Dynamik	<p>Zu Beginn jedes Versicherungsjahres wird der Beitrag gemäß den »Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung« erhöht. Durch Einsatz der Dynamik erhöht sich der Beitrag jährlich um den vereinbarten Prozentsatz.</p> <p>Die Beitragserhöhung bewirkt – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine Erhöhung aller tariflichen Versicherungsleistungen. Gilt nicht für eine mitversicherte Einmalzahlung.</p>	
Ablebensversicherung WWK PremiumRisk	<p>HA07 Ablebensversicherung mit gleich bleibender Versicherungssumme HFA07 Ablebensversicherung mit fallender Versicherungssumme und abgekürzter Beitragszahlungsdauer</p>	
Dynamik	<p>Zu Beginn jedes Versicherungsjahres wird der Beitrag gemäß den »Besonderen Bedingungen für die Dynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung« erhöht. Durch Einsatz der Dynamik erhöht sich der Beitrag jährlich um einen wie im Formular vereinbarten Prozentsatz. Die Beitragserhöhung bewirkt – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine Erhöhung aller tariflichen Versicherungsleistungen.</p>	