

Leben

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

Antrag: Standardantrag  
Tarif: BS24, ES22, GS22  
Schicht: 3

## Mögliche Zusatzseiten

- › Fondsauswahlblatt 7138
- › Betriebliche Versicherung 3365
- › Ergänzungsbogen 7135
- › Tätigkeitsbeschreibung 4016

EV

**WWK**

Eine starke Gemeinschaft

WWK Lebensversicherung  
auf Gegenseitigkeit  
Marsstraße 37, 80335 München  
Telefon (089) 5114-2020  
Fax (089) 5114-2337  
E-Mail: [info@wwk.de](mailto:info@wwk.de)  
[www.wwk.de](http://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.

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

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.

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

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

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

- › weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- › noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht der WWK

Auf dieses Recht werden Sie in unserer Mitteilung hingewiesen.

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

Mit einer Vertragsanpassung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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 Rückkaufwertes.

**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.

**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.

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.

Mit einer Kündigung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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.

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.

**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.

**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-

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 beigefügte Annahmeerklärung an uns zurückgesandt haben. Hierauf werden wir Sie bei Übersendung des Versicherungsscheins noch einmal gesondert hinweisen.

<b>Abschlussvermittler</b>	<table border="1"> <tr> <td>Ast-Nr.</td> <td>AV-Nr.</td> <td>Aktions-Nr.</td> <td>Antragsnummer</td> <td>Fremdordnungsbegriff</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Ast-Nr.	AV-Nr.	Aktions-Nr.	Antragsnummer	Fremdordnungsbegriff	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																	
Ast-Nr.	AV-Nr.	Aktions-Nr.	Antragsnummer	Fremdordnungsbegriff																																																																																																																																																																								
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																								
<b>Betriebliche Versicherung</b>	Handelt es sich um eine betrieblich veranlasste Versicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Rückdeckungsversicherung <input type="checkbox"/> sonstige (Formblatt 3365 erforderlich) ggf. Zusatzerklärung erforderlich!																																																																																																																																																																											
<b>Versicherungsnehmer/-in (VN)</b> (VN muss volljährig sein)	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Titel</td> <td colspan="2">Rechtsform (Firma)</td> <td><input type="checkbox"/> weiblich</td> <td colspan="2">Wohnhaft in</td> <td><input type="text"/></td> <td>Jahren</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> männlich</td> <td colspan="2">der EU seit</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Name</td> <td colspan="5">Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="text"/></td> <td colspan="5"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Straße und Hausnummer</td> <td colspan="3">Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="text"/></td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PLZ</td> <td colspan="2">Wohnort</td> <td colspan="2">Land</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)</td> <td colspan="3">Mobiltelefon (freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="text"/></td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> <td colspan="2">Geburtsort</td> <td colspan="4">Geburtsland</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">1. Staatsangehörigkeit</td> <td colspan="2">2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)</td> <td colspan="4">3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)</td> <td colspan="3"> <b>Hinweis:</b> 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"><input type="text"/></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="9">Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b></td> </tr> <tr> <td colspan="9"> <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamte/-r <input type="checkbox"/> Soldat/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Schüler/-in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend         </td> </tr> <tr> <td colspan="9"> <input type="checkbox"/> Student/-in im aktuellen Studiengang: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/> </td> </tr> </table>	Titel		Rechtsform (Firma)		<input type="checkbox"/> weiblich	Wohnhaft in		<input type="text"/>	Jahren	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> männlich	der EU seit		<input type="text"/>	<input type="text"/>	Name				Vorname					<input type="text"/>				<input type="text"/>					Straße und Hausnummer						Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)			<input type="text"/>						<input type="text"/>			PLZ		Wohnort		Land					<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)						Mobiltelefon (freiwillige Angabe)			<input type="text"/>						<input type="text"/>			Geburtsdatum TT/MM/JJJJ			Geburtsort		Geburtsland				<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>				1. Staatsangehörigkeit			2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)		3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)				<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>				Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)						<b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.			<input type="text"/>									Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b>									<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamte/-r <input type="checkbox"/> Soldat/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Schüler/-in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend									<input type="checkbox"/> Student/-in im aktuellen Studiengang: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/>								
Titel		Rechtsform (Firma)		<input type="checkbox"/> weiblich	Wohnhaft in		<input type="text"/>	Jahren																																																																																																																																																																				
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> männlich	der EU seit		<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																																																																																				
Name				Vorname																																																																																																																																																																								
<input type="text"/>				<input type="text"/>																																																																																																																																																																								
Straße und Hausnummer						Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)																																																																																																																																																																						
<input type="text"/>						<input type="text"/>																																																																																																																																																																						
PLZ		Wohnort		Land																																																																																																																																																																								
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																																																																																								
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)						Mobiltelefon (freiwillige Angabe)																																																																																																																																																																						
<input type="text"/>						<input type="text"/>																																																																																																																																																																						
Geburtsdatum TT/MM/JJJJ			Geburtsort		Geburtsland																																																																																																																																																																							
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																																																																																							
1. Staatsangehörigkeit			2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)		3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)																																																																																																																																																																							
<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																																																																																							
Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)						<b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.																																																																																																																																																																						
<input type="text"/>																																																																																																																																																																												
Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b>																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamte/-r <input type="checkbox"/> Soldat/-in <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Schüler/-in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> arbeitssuchend																																																																																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Student/-in im aktuellen Studiengang: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/>																																																																																																																																																																												
<b>Einwilligungserklärung</b>	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: <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Mobilnummer <input type="checkbox"/> Fax-Nummer <input type="checkbox"/> 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.																																																																																																																																																																											
<b>Zu versichernde Person (VP) (falls nicht Versicherungsnehmer/-in)</b>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Titel</td> <td colspan="2"></td> <td><input type="checkbox"/> weiblich</td> <td colspan="2">Verwandschaftsverhältnis zum VN</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> männlich</td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Name</td> <td colspan="4">Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="text"/></td> <td colspan="4"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> <td colspan="2">Geburtsort</td> <td colspan="2">Geburtsland</td> <td colspan="2">Staatsangehörigkeit</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Straße und Hausnummer</td> <td colspan="2">Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">PLZ</td> <td colspan="2">Wohnort</td> <td colspan="2">Land</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)</td> <td colspan="2"> <b>Hinweis:</b> 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"><input type="text"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="8">Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b></td> </tr> <tr> <td colspan="8"><input type="text"/></td> </tr> </table> <p><b>Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern diese zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits volljährig war.</b></p>	Titel				<input type="checkbox"/> weiblich	Verwandschaftsverhältnis zum VN		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="text"/>		Name				Vorname				<input type="text"/>				<input type="text"/>				Geburtsdatum TT/MM/JJJJ		Geburtsort		Geburtsland		Staatsangehörigkeit		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		Straße und Hausnummer						Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)		<input type="text"/>						<input type="text"/>		PLZ		Wohnort		Land				<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>				Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)						<b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.		<input type="text"/>								Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b>								<input type="text"/>																																																																				
Titel				<input type="checkbox"/> weiblich	Verwandschaftsverhältnis zum VN																																																																																																																																																																							
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="text"/>																																																																																																																																																																							
Name				Vorname																																																																																																																																																																								
<input type="text"/>				<input type="text"/>																																																																																																																																																																								
Geburtsdatum TT/MM/JJJJ		Geburtsort		Geburtsland		Staatsangehörigkeit																																																																																																																																																																						
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																																																																																						
Straße und Hausnummer						Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)																																																																																																																																																																						
<input type="text"/>						<input type="text"/>																																																																																																																																																																						
PLZ		Wohnort		Land																																																																																																																																																																								
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																																																																																								
Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)						<b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.																																																																																																																																																																						
<input type="text"/>																																																																																																																																																																												
Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b>																																																																																																																																																																												
<input type="text"/>																																																																																																																																																																												

**BT**  
**Tätigkeitsbeschreibung**  
**für die versicherte**  
**Person bei WWK BioRisk**

(Absicherung gegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten)

**Erwerbsstatus**  
 angestellt     selbstständig     Beamte/-r     Soldat/-in     Auszubildende/-r     Schüler/-in     nicht erwerbstätig  
 arbeitssuchend

Student/-in im aktuellen Studiengang: \_\_\_\_\_  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ausbildung** – Geben Sie bitte Ihren höchsten Abschluss an.  
 abgeschlossenes Studium     abgeschlossene Berufsausbildung kaufmännisch     abgeschlossene Berufsausbildung sonstige     abgeschlossene Schulausbildung

Fachrichtung des Studiengangs/ der Berufsausbildung/sonstiges \_\_\_\_\_

**Tätigkeit** – Geben Sie bitte den durchschnittlichen Anteil Ihrer beruflichen Tätigkeit in Prozent an.

Bürotätigkeit % \_\_\_\_\_ Reise- oder Ausendiensttätigkeit % \_\_\_\_\_ körperlich/handwerklich % \_\_\_\_\_ künstlerisch % \_\_\_\_\_  
sonstiges \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

Seit wann sind Sie selbstständig, bzw. seit wann üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus? Datum TT/MM/JJJJ \_\_\_\_\_

**Personalverantwortung (fachlich und disziplinarisch)**  
Haben Sie für Mitarbeiter (Voll- und Teilzeit) dauerhaft Personalverantwortung?  ja, für \_\_\_\_\_ Anzahl Mitarbeiter  nein

**Einkommen\***  
Wie hoch war/ist Ihr Bruttoarbeitslohn? Bei Selbstständigen Bruttogewinn, bei Beamten Besoldungsgruppe und -stufe (BG) mit angeben.

dieses Jahr EUR \_\_\_\_\_ BG \_\_\_\_\_ letztes Jahr EUR \_\_\_\_\_ BG \_\_\_\_\_ vorletztes Jahr EUR \_\_\_\_\_ BG \_\_\_\_\_

Wo erzielen Sie Ihr Einkommen?  alte Bundesländer     neue Bundesländer

\* Dient im Rahmen der Berufsgruppenbestimmung ggf. zur Besserstellung und ist zwingend erforderlich bei monatlichen Renten über 1.000 EUR (inkl. bestehender Vorversicherungen/Anwartschaften).

**Weitere berufliche Tätigkeiten**  
Gehen Sie aktuell oder gingen Sie in den letzten 12 Monaten neben Ihrer Haupttätigkeit weiteren beruflichen Tätigkeiten nach? Wenn ja, welchen?  
Angaben zur Tätigkeit \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie für jede genannte Nebentätigkeit eine Tätigkeitsbeschreibung 4016 aus.

**Beginn**

Datum TT/MM/JJJJ  
**01** \_\_\_\_\_ 12 Uhr mittags

**Tarif**

WWK BioRisk Tarifmöglichkeiten:  
 **BS24** Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort     **ES22** Erwerbsunfähigkeitsversicherung     **GS22** Grundfähigkeitsversicherung

Karenzeit (K) bei Rente in Monaten    Standard: keine    oder     6     12     18     24    Tarifart:  NT     R1\*     R2     G1  
\* Nur für ES22 und GS22

monatliche Rente EUR \_\_\_\_\_  
**Mindestrente: 300 EUR**

Rentensteigerung im Leistungsfall (1% - 3%) % **0**

Grundfähigkeitspaket *Plus* gemäß den Besonderen Bedingungen (Zusätzlicher Leistungsumfang für die Grundfähigkeitsversicherung)

Möglicher Übergang in lebenslange Altersrente siehe Tarifbeschreibung  
 Einmalzahlung (5.000 EUR, bei lebenslanger Rente 10.000 EUR)  
**Hinweis:** Bei einer lebenslangen Rente erst ab 400 EUR versicherter monatlicher Rente möglich. Die Einmalzahlung ist von der evtl. gewählten Dynamik und Karenzeit ausgeschlossen.

Wechseloption für Schüler und Studenten gemäß den Besonderen Bedingungen (Für einen späteren Wechsel aus der Grundfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Das Eintrittsalter beträgt maximal 30 Jahre und das Versicherungsablaufalter mindestens 60 Jahre.) Die Wechseloption ist nur möglich bei Tarifarten NT, R2 und G1.

**Hinweis:** Die Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer wird für ganze Jahre ab Versicherungsbeginn vereinbart und endet zu dem Zeitpunkt, an dem die versicherte Person das angegebene Alter rechnerisch erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/Versicherungsschein.

Jahre \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_  
Beitragszahlungs-Ablaufalter    Versicherungs-Ablaufalter    Leistungs-Ablaufalter

Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung

**Beitrag und Zahlungszeitraum**

Bruttobeitrag EUR \_\_\_\_\_ Berufsgruppe \_\_\_\_\_ **Zahlungszeitraum:**  monatlich     1/4-jährlich     1/2-jährlich     jährlich  
Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungszeitraums.

**Überschussbeteiligung**

Sofortverrechnung     Leistungsbonus     Fondsansammlung     WWK Depot Strategie 80/20 (Risikoklasse 3)  
 verzinsliche Ansammlung    Gewünschte Fonds:  Sonstige (siehe Fondsauswahlblatt 7138)

**Dynamik**

Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung

In der 3. Schicht wird (soweit möglich) eine jährliche Beitrags- und Leistungsdynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart. Der Beitrag erhöht sich jährlich um 3%.

Andere gewünschte Dynamik (1% - 6%): % **0**  
 Keine Dynamik

**Hinweis:** Bei Renten über 1.500 EUR maximal 3%.

**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.

Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname)

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.

Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname)

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

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 VWG 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 Erkrankungsbeispiele. 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  
 Zigaretten geraucht

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

**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  kg  
(ohne Kleidung)

2. Ist eine Erst- oder Auffrischungsimpfung zu Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Diphtherie oder zu Tetanus unterblieben?

ja  nein

Welche und warum?

Kinderarzt

**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?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

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)?

ja  nein

Medikamentenname

von/bis

**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?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

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?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

4.3 Benötigt oder benötigte Ihr Kind Hilfsmittel, wie z. B. ein Stützkorsett, Hörgeräte, Sehhilfen (bei mehr als 6 Dioptrien)?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

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?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

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?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

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))?

ja  nein

Wenn ja, welche Leistungen, welcher GdB/GdS/MdE?

4.7 Betreibt Ihr Kind eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorrad sport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport)?

ja  nein

Wenn ja, welche?

**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  kg  
(ohne Kleidung)

2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind angeborene oder erworbene Missbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen oder Entwicklungsstörungen/-verzögerungen?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose

von/bis

behandelnder Arzt

**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?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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?)

ja  nein

Medikamentenname	von/bis

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.)

1. Körpergröße  cm      Körpergewicht (ohne Kleidung)  kg

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)?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

2.9 der Folgen von Alkoholgenuss oder Alkoholabhängigkeit?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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)?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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)?

ja  nein

Medikamentenname	von/bis

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?

ja  nein

Versicherer	wann	in welcher Höhe

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?

ja  nein

Versicherer	wann	in welcher Höhe

**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.

ja  nein 

Versicherer	wann	Gründe

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)?

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)?

ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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)?

ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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

ja  nein 

Erkrankung/Diagnose/Dioptrien	von/bis	behandelnder Arzt

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

ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

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
<input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> GK		
<input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> GK		
<input type="checkbox"/> BK <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> 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.

**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](http://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 Auskunftei (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);

➤ Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G., ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunftei (z.B. Bürgel, 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 erlassenen Mahn- bzw. Vollstreckungsbescheid wird eine Meldung hierüber an die Auskunftei (Firma Infoscore) 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

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

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

## Wichtige allgemeine Informationen

### Hinweise

#### Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle

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

#### Sie können Ihre Anfragen richten an:

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

Wir nehmen an Streitbelegungsverfahren 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 Schindelhauer  
Sitz München · Registergericht München HR B 211

# Zum Antrag zum Abschluss einer Versicherung

## 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 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) 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 Höchstrente 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 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 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 WVG Gebrauch gemacht haben;

d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 WVG 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 Lebensversicherung

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 Höchstrente 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

### Berufsunfähigkeitsversicherung

Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:

#### Komfort

**BS24** Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

### Erwerbsunfähigkeitsversicherung

Im Falle der Erwerbsunfähigkeit leisten wir bei:

**ES22** Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

### Grundfähigkeitsversicherung

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

### Wechsoption 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 Wechsoption 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