

Leben

WWK BioRisk

Antrag: auf Ausübung der Wechseloption
Tarif: GS, ES
Schicht: 3

Mögliche Zusatzzeiten

- › Geldwäschegesetz (juristische Personen) 1010
- › Geldwäschegesetz (natürliche Personen) 1011
- › Tätigkeitsbeschreibung 4016

The logo consists of the letters 'WWK' in a bold, green, sans-serif font. The letters are closely spaced and have a slight shadow effect.

Eine starke Gemeinschaft

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

WWK BioRisk

Antrag auf Ausübung der Wechseloption – Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort

Bestehender Vertrag	Versicherungsnummer <input type="text"/>
Abschlussvermittler	Ast.-Nr. <input type="text"/> AV.-Nr. <input type="text"/>
Versicherungsnehmer/-in (VN) (VN muss volljährig sein)	Titel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Straße und Hausnummer <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Land <input type="text"/>
Versicherte Person (VP)	Titel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Straße und Hausnummer <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Land <input type="text"/>
Tarifwechsel	Tarif nach ausgeführtem Wechsel: BS Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort (Ist im laufenden Vertrag die Möglichkeit auf Übergang in eine lebenslange Altersrente eingeschlossen, gilt diese weiterhin als vereinbart.) Beginn Termin für erstmalige Aufnahme der beruflichen Tätigkeit (Bitte zwingend Nachweis beifügen.): Datum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Der Tarifwechsel findet mit der nächsten Beitragszahlung statt. Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche <input type="text"/> Wurden zum Zeitpunkt der Umwandlung bereits Ansprüche wegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsminderung bei der WWK Lebensversicherung a. G., einem anderen Personenversicherer oder Sozialversicherungsträger geltend gemacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wenn ja, wann und bei wem?) <input type="text"/>
BT Tätigkeitsbeschreibung für die versicherte Person bei WWK BioRisk (Absicherung gegen Berufsunfähigkeit)	Erwerbsstatus <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"/> 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 <input type="text"/> Tätigkeit – Geben Sie bitte den durchschnittlichen Anteil Ihrer beruflichen Tätigkeit in Prozent an. Bürotätigkeit <input type="text"/> % Reise- oder Außendiensttätigkeit <input type="text"/> % körperlich/handwerklich <input type="text"/> % künstlerisch <input type="text"/> % sonstiges <input type="text"/> % Seit wann sind Sie selbstständig, bzw. seit wann üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus? Datum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Personalverantwortung (fachlich und disziplinarisch) Haben Sie für Mitarbeiter (Voll- und Teilzeit) dauerhaft Personalverantwortung? <input type="checkbox"/> ja, für <input type="text"/> Anzahl Mitarbeiter <input type="checkbox"/> nein

BT
Tätigkeitsbeschreibung
für die versicherte
Person bei WWK BioRisk

(Absicherung gegen
Berufsunfähigkeit)

(Fortsetzung)

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.

Belehrung
über Ihre
vorvertragliche
Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie oder die versicherte Person **alle hier gestellten Fragen** wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Beantworten Sie oder die versicherte Person die hier gestellten Fragen nicht, nicht vollständig oder nicht richtig, kann die WWK Lebensversicherung a. G. unter bestimmten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anfechten, eine Vertragsanpassung verlangen und die Leistung verweigern. Details können Sie der »Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht« in diesem Formular entnehmen. **Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die wichtigen Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht erhalten und wir Sie über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung informiert haben.** Die im Folgenden genannten Beispiele umfassen nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbeispiele. Ergebnisse prädiagnostischer Tests müssen hier nicht angegeben werden.

BZ
Nichtrauchererklärung
der versicherten Person
(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.

Wichtiger Hinweis zum
Versicherungsschutz

Gemäß § 5 der Besonderen Bedingungen für die Wechseloption gilt:

Erkrankungen oder Verletzungen oder deren medizinisch nachweisbare Folgen, an denen die versicherte Person in den letzten 36 Monaten vor Ausübung der Wechseloption

› länger als 10 Tage ununterbrochen litt und

› wegen denen sie ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde,

sind für einen Zeitraum von 36 Monaten nach Ausübung der Wechseloption vom Versicherungsschutz der Berufsunfähigkeitsversicherung ausgeschlossen.

Bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit infolge anderer Erkrankungen oder Verletzungen bleiben solche Erkrankungen oder Verletzungen unberücksichtigt.

§ 5 entfällt, sofern die allgemeine Gesundheitsklärung der versicherten Person abgegeben wird. Bitte verwenden Sie dafür das Zusatzblatt »Gesundheitsklärung 7134«.

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 Assistenzgesellschaften 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 geschützte 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 Leistungsfällprüfung 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.

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

(Fortsetzung)

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

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

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

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

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

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

3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

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

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

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

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

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

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 Vertreten**, falls zu versichernde Person minderjährig ist

X

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

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

**Beitragszahlung
(Nur erforderlich bei
neuem Beitragszahler)**

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE81WWK0000069127

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

Kontoinhaber weicht vom Versicherungsnehmer ab: Frau Herr Firma Überweisung

Titel, Name, Vorname
Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Geburtsort Staatsangehörigkeit
Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz) PLZ Wohnort (Hauptwohnsitz)
Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts
IBAN

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

Datum TT/MM/JJJJ Unterschrift Kontoinhaber/-in
X

**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.

**Unterschriften
für den Tarifwechsel**

Ich bestätige den Auftrag zum Tarifwechsel. Ort Datum TT/MM/JJJJ
Ich bestätige, eine Antragskopie erhalten zu haben.

X **X** **X** **X**

Unterschrift **Antragsteller/-in**
(falls nicht Antragsteller/-in persönlich unterschreibt, muss der Bevollmächtigte vollständig identifiziert werden – Formblatt 1011 verwenden)

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

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

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
Deutschland

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 offenlegt 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 beigefügt 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.

Tarifbeschreibung WWK BioRisk

Berufsunfähigkeitsversicherung

Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:

BS Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.
(Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort)