

Allgemeine
WWK Betriebliche
Gruppenunfallversicherung



Eine starke Gemeinschaft

WWK Allgemeine Versicherung AG
Marsstraße 37, 80335 München
Telefon (0 89) 51 14-30 30
Fax (0 89) 51 14-23 37
E-Mail: info@wwk.de
www.wwk.de



Eine starke Gemeinschaft

WWK Betriebliche Gruppenunfallversicherung

- Neuantrag
- Ersatz- und Verlängerungsantrag
zur Versicherungsnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abschlussvermittler	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Ast.-Nr.</td> <td style="width: 15%;">AV.-Nr.</td> <td style="width: 10%;">KB</td> <td style="width: 15%;">Agentur</td> <td style="width: 20%;">Antragsnummer</td> <td style="width: 25%;">Aktions-Nr.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beantragtes Risiko*</td> <td colspan="3">Fremdordnungsbegriff</td> <td>* Bitte der Aktennummer zuordnen.</td> </tr> </table>		Ast.-Nr.	AV.-Nr.	KB	Agentur	Antragsnummer	Aktions-Nr.	Beantragtes Risiko*		Fremdordnungsbegriff			* Bitte der Aktennummer zuordnen.																								
Ast.-Nr.	AV.-Nr.	KB	Agentur	Antragsnummer	Aktions-Nr.																																	
Beantragtes Risiko*		Fremdordnungsbegriff			* Bitte der Aktennummer zuordnen.																																	
Antragsteller/-in = Versicherungsnehmer/-in (VN)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Titel</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Frau</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Herr</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Firma</td> <td style="width: 20%;">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Name</td> <td colspan="4">Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Betriebsart/Risikobeschreibung</td> </tr> </table>		Titel	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ	Name	Vorname				Betriebsart/Risikobeschreibung																									
Titel	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ																																		
Name	Vorname																																					
Betriebsart/Risikobeschreibung																																						
Anschrift	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Straße und Hausnummer</td> <td style="width: 40%;">Telefon (tagsüber erreichbar)*</td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Wohnort</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Länderkennz.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresszusatz</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fax-Nummer*</td> </tr> </table>		Straße und Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)*	PLZ	Wohnort	Länderkennz.		Adresszusatz		Fax-Nummer*																											
Straße und Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)*																																					
PLZ	Wohnort																																					
Länderkennz.																																						
Adresszusatz																																						
Fax-Nummer*																																						
Inhaber/ Geschäftsführer	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Titel</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Frau</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Herr</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Name</td> <td colspan="3">Vorname</td> </tr> </table>		Titel	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr		Name	Vorname																														
Titel	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr																																				
Name	Vorname																																					
A <input type="checkbox"/> Betriebliche Gruppenunfallversicherung ohne Namensangabe																																						
Hinweis	<p>Betriebliche Gruppenunfallversicherungen können ohne Namensangabe abgeschlossen werden, wenn</p> <p>a sämtliche Angehörige eines Betriebs oder sämtliche Angehörige einer eindeutig bestimmbar Personengruppe (z. B. alle Kraftfahrer eines Speditionsbetriebs)</p> <p>b mit den gleichen Versicherungssummen versichert werden.</p>																																					
Zu versichernde Person/Gruppe I (VP)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Beschreibung der Personen/Gruppe (z. B. Kraftfahrer, Verkäufer etc.)</td> <td style="width: 10%;">Anzahl der Personen</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> A</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> B</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Selbstständig</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2</td> <td><input type="checkbox"/> Nichtselbstständig</td> </tr> </table>		Beschreibung der Personen/Gruppe (z. B. Kraftfahrer, Verkäufer etc.)	Anzahl der Personen	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Selbstständig			Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2		<input type="checkbox"/> Nichtselbstständig																										
Beschreibung der Personen/Gruppe (z. B. Kraftfahrer, Verkäufer etc.)	Anzahl der Personen	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> Selbstständig																																		
		Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2		<input type="checkbox"/> Nichtselbstständig																																		
Deckungsbereich	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Deckung <input type="checkbox"/> Berufsunfall mit Wegerisiko																																					
Versicherungssummen/ Beitrag	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Progression Gliedertaxe</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> ohne Progression</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> verbesserte Gliedertaxe</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 225%</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> 350%</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Versicherungssummen</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Todesfallsumme</td> <td>Invaliditätssumme (Grundsumme)</td> <td>Invaliditätssumme (Vollinvalidität)</td> <td>Unfallrente</td> <td>UKT</td> <td>Genesungsgeld</td> </tr> <tr> <td>EUR</td> <td colspan="3">Unfall-Tagegeld ab</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Unfall-Tagegeld</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> 8.Tag <input type="checkbox"/> 15.Tag <input type="checkbox"/> 29.Tag <input type="checkbox"/> 43.Tag <input type="checkbox"/> 57.Tag <input type="checkbox"/> 71.Tag <input type="checkbox"/> 92.Tag</td> <td colspan="2">Beitrag je Person / Beitrag für die Gruppe gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungssteuer)</td> </tr> </table>		Progression Gliedertaxe	<input type="checkbox"/> ohne Progression	<input type="checkbox"/> verbesserte Gliedertaxe	<input type="checkbox"/> 225%	<input type="checkbox"/> 350%	<input type="checkbox"/> 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)	Versicherungssummen						EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	Todesfallsumme	Invaliditätssumme (Grundsumme)	Invaliditätssumme (Vollinvalidität)	Unfallrente	UKT	Genesungsgeld	EUR	Unfall-Tagegeld ab			EUR	EUR	Unfall-Tagegeld	<input type="checkbox"/> 8.Tag <input type="checkbox"/> 15.Tag <input type="checkbox"/> 29.Tag <input type="checkbox"/> 43.Tag <input type="checkbox"/> 57.Tag <input type="checkbox"/> 71.Tag <input type="checkbox"/> 92.Tag			Beitrag je Person / Beitrag für die Gruppe gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungssteuer)	
Progression Gliedertaxe	<input type="checkbox"/> ohne Progression	<input type="checkbox"/> verbesserte Gliedertaxe	<input type="checkbox"/> 225%	<input type="checkbox"/> 350%	<input type="checkbox"/> 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)																																	
Versicherungssummen																																						
EUR	EUR	EUR	EUR	EUR	EUR																																	
Todesfallsumme	Invaliditätssumme (Grundsumme)	Invaliditätssumme (Vollinvalidität)	Unfallrente	UKT	Genesungsgeld																																	
EUR	Unfall-Tagegeld ab			EUR	EUR																																	
Unfall-Tagegeld	<input type="checkbox"/> 8.Tag <input type="checkbox"/> 15.Tag <input type="checkbox"/> 29.Tag <input type="checkbox"/> 43.Tag <input type="checkbox"/> 57.Tag <input type="checkbox"/> 71.Tag <input type="checkbox"/> 92.Tag			Beitrag je Person / Beitrag für die Gruppe gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungssteuer)																																		



Zu versichernde Person/Gruppe II (VP)	Beschreibung der Personen/Gruppe (z. B. Kraftfahrer, Verkäufer etc.)	Anzahl der Personen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Nichtselbstständig
Deckungsbereich	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Deckung <input type="checkbox"/> Berufsunfall mit Wegerisiko			
Versicherungssummen/Beitrag	Progression Gliedertaxe <input type="checkbox"/> ohne Progression <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350% <input type="checkbox"/> 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich) <input type="checkbox"/> verbesserte Gliedertaxe			
Versicherungssummen				
EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>
Todesfallsumme		Invaliditätssumme (Grundsomme)		Invaliditätssumme (Vollinvalidität)
EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>
Unfall-Tagegeld		Unfall-Tagegeld ab		EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.Tag		<input type="checkbox"/> 15.Tag		<input type="checkbox"/> 29.Tag
<input type="checkbox"/> 43.Tag		<input type="checkbox"/> 57.Tag		<input type="checkbox"/> 71.Tag
<input type="checkbox"/> 92.Tag				
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43.Tag möglich)		Beitrag je Person		EUR <input type="text"/>
		/		Beitrag für die Gruppe
				EUR <input type="text"/>
gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungssteuer)				

Zu versichernde Person/Gruppe III (VP)	Beschreibung der Personen/Gruppe (z. B. Kraftfahrer, Verkäufer etc.)	Anzahl der Personen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Nichtselbstständig
Deckungsbereich	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Deckung <input type="checkbox"/> Berufsunfall mit Wegerisiko			
Versicherungssummen/Beitrag	Progression Gliedertaxe <input type="checkbox"/> ohne Progression <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350% <input type="checkbox"/> 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich) <input type="checkbox"/> verbesserte Gliedertaxe			
Versicherungssummen				
EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>
Todesfallsumme		Invaliditätssumme (Grundsomme)		Invaliditätssumme (Vollinvalidität)
EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>
Unfall-Tagegeld		Unfall-Tagegeld ab		EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.Tag		<input type="checkbox"/> 15.Tag		<input type="checkbox"/> 29.Tag
<input type="checkbox"/> 43.Tag		<input type="checkbox"/> 57.Tag		<input type="checkbox"/> 71.Tag
<input type="checkbox"/> 92.Tag				
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43.Tag möglich)		Beitrag je Person		EUR <input type="text"/>
		/		Beitrag für die Gruppe
				EUR <input type="text"/>
gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungssteuer)				

Zu versichernde Person/Gruppe IV (VP)	Beschreibung der Personen/Gruppe (z. B. Kraftfahrer, Verkäufer etc.)	Anzahl der Personen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Nichtselbstständig
Deckungsbereich	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Deckung <input type="checkbox"/> Berufsunfall mit Wegerisiko			
Versicherungssummen/Beitrag	Progression Gliedertaxe <input type="checkbox"/> ohne Progression <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350% <input type="checkbox"/> 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich) <input type="checkbox"/> verbesserte Gliedertaxe			
Versicherungssummen				
EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>
Todesfallsumme		Invaliditätssumme (Grundsomme)		Invaliditätssumme (Vollinvalidität)
EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>
Unfall-Tagegeld		Unfall-Tagegeld ab		EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.Tag		<input type="checkbox"/> 15.Tag		<input type="checkbox"/> 29.Tag
<input type="checkbox"/> 43.Tag		<input type="checkbox"/> 57.Tag		<input type="checkbox"/> 71.Tag
<input type="checkbox"/> 92.Tag				
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43.Tag möglich)		Beitrag je Person		EUR <input type="text"/>
		/		Beitrag für die Gruppe
				EUR <input type="text"/>
gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungssteuer)				

Zu versichernde Person/Gruppe V (VP)	Beschreibung der Personen/Gruppe (z. B. Kraftfahrer, Verkäufer etc.)	Anzahl der Personen	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Nichtselbstständig
Deckungsbereich	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Deckung <input type="checkbox"/> Berufsunfall mit Wegerisiko			
Versicherungssummen/Beitrag	Progression Gliedertaxe <input type="checkbox"/> ohne Progression <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350% <input type="checkbox"/> 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich) <input type="checkbox"/> verbesserte Gliedertaxe			
Versicherungssummen				
EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>
Todesfallsumme		Invaliditätssumme (Grundsomme)		Invaliditätssumme (Vollinvalidität)
EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>		EUR <input type="text"/>
Unfall-Tagegeld		Unfall-Tagegeld ab		EUR <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 8.Tag		<input type="checkbox"/> 15.Tag		<input type="checkbox"/> 29.Tag
<input type="checkbox"/> 43.Tag		<input type="checkbox"/> 57.Tag		<input type="checkbox"/> 71.Tag
<input type="checkbox"/> 92.Tag				
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43.Tag möglich)		Beitrag je Person		EUR <input type="text"/>
		/		Beitrag für die Gruppe
				EUR <input type="text"/>
gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungssteuer)				

B Betriebliche Gruppenunfallversicherung mit Namensangabe

Hinweis

Die VP sind nachstehend aufzuführen.

Leistungsumfang/
Beitrag

VP 1

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Beruf/Tätigkeit zur Zeit **A** **B** Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2
 Selbstständig Nichtselbstständig

EUR EUR EUR EUR EUR

Todesfallsumme Invaliditätssumme (Grundsomme) Invaliditätssumme (Vollinvalidität) Unfallrente UKT Genesungsgeld

EUR **Unfall-Tagegeld ab** 8.Tag 15.Tag 29.Tag 43.Tag 57.Tag 71.Tag 92.Tag
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43. Tag möglich)

Unfall-Tagegeld

Progression Gliedertaxe ohne Progression 225% 350% | 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)
 verbesserte Gliedertaxe

VP 2

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Beruf/Tätigkeit zur Zeit **A** **B** Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2
 Selbstständig Nichtselbstständig

EUR EUR EUR EUR EUR

Todesfallsumme Invaliditätssumme (Grundsomme) Invaliditätssumme (Vollinvalidität) Unfallrente UKT Genesungsgeld

EUR **Unfall-Tagegeld ab** 8.Tag 15.Tag 29.Tag 43.Tag 57.Tag 71.Tag 92.Tag
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43. Tag möglich)

Unfall-Tagegeld

Progression Gliedertaxe ohne Progression 225% 350% | 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)
 verbesserte Gliedertaxe

VP 3

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Beruf/Tätigkeit zur Zeit **A** **B** Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2
 Selbstständig Nichtselbstständig

EUR EUR EUR EUR EUR

Todesfallsumme Invaliditätssumme (Grundsomme) Invaliditätssumme (Vollinvalidität) Unfallrente UKT Genesungsgeld

EUR **Unfall-Tagegeld ab** 8.Tag 15.Tag 29.Tag 43.Tag 57.Tag 71.Tag 92.Tag
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43. Tag möglich)

Unfall-Tagegeld

Progression Gliedertaxe ohne Progression 225% 350% | 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)
 verbesserte Gliedertaxe

VP 4

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Beruf/Tätigkeit zur Zeit **A** **B** Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2
 Selbstständig Nichtselbstständig

EUR EUR EUR EUR EUR

Todesfallsumme Invaliditätssumme (Grundsomme) Invaliditätssumme (Vollinvalidität) Unfallrente UKT Genesungsgeld

EUR **Unfall-Tagegeld ab** 8.Tag 15.Tag 29.Tag 43.Tag 57.Tag 71.Tag 92.Tag
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43. Tag möglich)

Unfall-Tagegeld

Progression Gliedertaxe ohne Progression 225% 350% | 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)
 verbesserte Gliedertaxe

VP 5

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Beruf/Tätigkeit zur Zeit **A** **B** Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2
 Selbstständig Nichtselbstständig

EUR EUR EUR EUR EUR

Todesfallsumme Invaliditätssumme (Grundsomme) Invaliditätssumme (Vollinvalidität) Unfallrente UKT Genesungsgeld

EUR **Unfall-Tagegeld ab** 8.Tag 15.Tag 29.Tag 43.Tag 57.Tag 71.Tag 92.Tag
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43. Tag möglich)

Unfall-Tagegeld

Progression Gliedertaxe ohne Progression 225% 350% | 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)
 verbesserte Gliedertaxe

**Leistungsumfang/
Beitrag**

(Fortsetzung)

VP 6 Titel, Name, Vorname _____ Geburtsdatum TT/MM/JJJJ _____

Beruf/Tätigkeit zur Zeit _____ **A** **B** Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2
 Selbstständig Nichtselbstständig

EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____

Todesfallsumme Invaliditätssumme (Grundsomme) Invaliditätssumme (Vollinvalidität) Unfallrente UKT Genesungsgeld

EUR _____ **Unfall-Tagegeld ab** 8. Tag 15. Tag 29. Tag 43. Tag 57. Tag 71. Tag 92. Tag
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43. Tag möglich)

Unfall-Tagegeld _____

Progression Gliedertaxe ohne Progression 225% 350% | 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)
 verbesserte Gliedertaxe

VP 7 Titel, Name, Vorname _____ Geburtsdatum TT/MM/JJJJ _____

Beruf/Tätigkeit zur Zeit _____ **A** **B** Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2
 Selbstständig Nichtselbstständig

EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____

Todesfallsumme Invaliditätssumme (Grundsomme) Invaliditätssumme (Vollinvalidität) Unfallrente UKT Genesungsgeld

EUR _____ **Unfall-Tagegeld ab** 8. Tag 15. Tag 29. Tag 43. Tag 57. Tag 71. Tag 92. Tag
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43. Tag möglich)

Unfall-Tagegeld _____

Progression Gliedertaxe ohne Progression 225% 350% | 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)
 verbesserte Gliedertaxe

VP 8 Titel, Name, Vorname _____ Geburtsdatum TT/MM/JJJJ _____

Beruf/Tätigkeit zur Zeit _____ **A** **B** Gefahrengruppe siehe Rückseite Ziffer 2.2
 Selbstständig Nichtselbstständig

EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____ EUR _____

Todesfallsumme Invaliditätssumme (Grundsomme) Invaliditätssumme (Vollinvalidität) Unfallrente UKT Genesungsgeld

EUR _____ **Unfall-Tagegeld ab** 8. Tag 15. Tag 29. Tag 43. Tag 57. Tag 71. Tag 92. Tag
(Unfall-Tagegeld für Nichtselbstständige erst ab dem 43. Tag möglich)

Unfall-Tagegeld _____

Progression Gliedertaxe ohne Progression 225% 350% | 600% (keine verbesserte Gliedertaxe möglich)
 verbesserte Gliedertaxe

Deckungsbereich

24-Stunden-Deckung gilt für VP: _____

Berufsunfall mit Wegerisiko gilt für VP: _____

Direktanspruch ja (Auf die Bedeutung des Direktanspruchs wurde hingewiesen. Die VP ist berechtigt, Leistungen aus dem Vertrag unmittelbar gegenüber der WWK Allgemeine Versicherung AG geltend zu machen.) | nein

Dynamik Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird eine Dynamik ohne Gesundheitsprüfung in Höhe von 3% vereinbart.
 Dynamik: 6% Dynamik nicht gewünscht.

UnfallService Beitragsfrei mitversichert

Versicherungsbeginn/-ende Beginn - TT/MM/JJJJ _____ / Ende - TT/MM/JJJJ _____
Beginn und Ende mittags 12 Uhr
Beginn frühestens am Tag des Antragsingangs in der Zentraldirektion München.

Versicherungsdauer 3 Jahre kürzere Dauer als 3 Jahre
Mit Ablauf der Vertragslaufzeit verlängert sich das Versicherungsverhältnis um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung zugegangen ist.

Zahlungsweise Ihr Versicherungsbeitrag ist zu Vertragsbeginn fällig und jeweils für das laufende Versicherungsjahr im Voraus zu zahlen. Gerne räumen wir Ihnen eine Teilzahlungsmöglichkeit ein. Nachdem in diesem Fall jedoch höhere Kosten für die Verwaltung Ihres Vertrages entstehen, werden dem ermittelten Jahresbeitrag Zuschlagssätze hinzugerechnet.
 1/2-jährlich 1/4-jährlich 1/3-jährlich 1/12-jährlich (1/4-jährlich mit monatlicher Abbuchung)

Gesamtbeitrag _____ gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungsteuer) ➔ EUR _____

Vorversicherungen

1. Bestehen oder bestanden für den Versicherungsnehmer und/oder die zu versichernde/n Person/en bereits gleichartige Versicherungen? ja nein

Bei welcher Gesellschaft? _____ Versicherungsnummer _____

Versicherungssumme _____ EUR

2. Wer hat den Vertrag gekündigt? ungekündigt Versicherungsnehmer (VN) Versicherer

Vorschäden

Sind Schäden in den letzten 5 Jahren eingetreten? ja nein

Anzahl	Beschreibung	Schadenhöhe in EUR
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Beantwortung auch erforderlich wenn keine Vorversicherung bestand.

Anlagen

Anlagen anbei. Es handelt sich um Folgende:

Besondere Vereinbarungen

Beitragszahlung

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen Gläubiger-Identifikations-Nr. DE11WWK0000069126

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

Kontoinhaber weicht vom Versicherungsnehmer ab: Frau Herr Firma Überweisung

Titel, Name, Vorname _____ Geburtsdatum TT/MM/JJJJ _____

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 _____

Einwilligungserklärung

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

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

SMS _____

E-Mail _____

Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf inhaltliche Änderungen, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der WWK Versicherungen oder deren Kooperationspartner gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Wichtiger Hinweis

Der Vertrag über die beantragte Versicherung kommt erst zu Stande, wenn die WWK die Annahme des Antrags schriftlich erklärt oder sie durch Aushändigung des Versicherungsscheins bestätigt hat.

Kundeninformation

Rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags wurden folgende Unterlagen in nachstehender Reihenfolge in Textform an mich ausgehändigt:

- › Produktinformationsblatt
- › Merkblatt zur Datenverarbeitung
- › Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht
- › Datenschutzhinweis
- › Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen
- › Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB GUV) einschließlich Zusatzbedingungen
- › Antrag Betriebliche Gruppenunfallversicherung

Wichtiger Hinweis zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
damit die WWK Ihnen Versicherungsschutz anbieten kann, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
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 Anzeigepflicht entnehmen Sie unserem Hinweisblatt »Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht«.

Schlussklärung	<p>Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antrags. Diese enthalten unter anderem Ermächtigungen des Antragstellers zu Vorversicherungsanfragen sowie zur Datenverarbeitung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die geltenden Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrags.</p> <p>In die auf der Rückseite in der Rubrik »Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung« abgedruckte Verwendung meiner personenbezogenen Daten willige ich ein.</p>				
Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen und Vertragsunterschriften	<p>Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der WWK Allgemeine Versicherung AG</p> <p>I. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) II. Datenweitergabe an Rückversicherungen III. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler IV. Datenweitergabe zur Bonitätsprüfung</p> <p>› Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die umseitig abgegebenen Erklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe sowie 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.</p> <p>› Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.</p> <p style="text-align: right;">Ort _____ Datum TT/MM/JJJJ _____</p>				
Hinweis: Nähere Informationen siehe »Wichtige allgemeine Informationen« auf den folgenden Seiten	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>X</p> <p>_____ Unterschrift Antragsteller/-in</p> </td> <td style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>X</p> <p>_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist.</p> </td> <td style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>X</p> <p>_____ Unterschrift zu versichernde Person falls nicht Antragsteller/-in</p> </td> <td style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>X</p> <p>_____ Unterschrift Antragsvermittler/-in Die richtige/n Person/en hat/haben in meiner Gegenwart unterschrieben.</p> </td> </tr> </table> <p>Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.</p>	<p>X</p> <p>_____ Unterschrift Antragsteller/-in</p>	<p>X</p> <p>_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist.</p>	<p>X</p> <p>_____ Unterschrift zu versichernde Person falls nicht Antragsteller/-in</p>	<p>X</p> <p>_____ Unterschrift Antragsvermittler/-in Die richtige/n Person/en hat/haben in meiner Gegenwart unterschrieben.</p>
<p>X</p> <p>_____ Unterschrift Antragsteller/-in</p>	<p>X</p> <p>_____ Unterschrift gesetzlicher Vertreter, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist.</p>	<p>X</p> <p>_____ Unterschrift zu versichernde Person falls nicht Antragsteller/-in</p>	<p>X</p> <p>_____ Unterschrift Antragsvermittler/-in Die richtige/n Person/en hat/haben in meiner Gegenwart unterschrieben.</p>		

1. Wichtige allgemeine Informationen zur beantragten Versicherung

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der (Lebensversicherung) Sach- und Schadenversicherung benötigen wir, die WWK Allgemeine Versicherung AG, Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, ggf. an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister und unsere Rückversicherer 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 nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der WWK Allgemeine Versicherung AG. 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.

Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der WWK Allgemeine Versicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

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

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des WWK Versicherungsverbandes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter <https://www.wwk.de/Inhalte/Unternehmen/Impressum/Datenschutz/Schweigepflichtentbindungserklaerung/index.jsp> angesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Listegenannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der WWK Allgemeine Versicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

II. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns 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 wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. 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 Angaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für die WWK Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

III. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa HIS GmbH, Kreuzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die WWK Allgemeine Versicherung AG an das HIS melden. Die WWK Allgemeine Versicherung AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die WWK Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die WWK Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

IV. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass 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 Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der WWK Allgemeine Versicherung AG insoweit von ihrer Schweigepflicht.

V. 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 Auskunftfee (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);

-
- Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Allgemeine Versicherung AG, 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) gemächt.

VI. Deckungszusage

Die selbstständige Abgabe von Deckungszusagen ist dem Vermittler nicht gestattet und ohne rechtliche Wirkung für die WWK. Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn die WWK sie schriftlich bestätigt.

VII. Vorversicherungen

Ich ermächtige die WWK bei dem angegebenen Vorversicherer Auskünfte über Vertragskündigungen und Schäden einzuholen.

VIII. Versicherungsteuer/Gebühren

Die Beiträge enthalten die Versicherungsteuer. Die Gebühr beträgt 2,50 EUR für Mahnungen. Für Rücklastschriften werden Gebühren entsprechend dem im Einzelfall von dem Bankinstitut belasteten Gebühren erhoben.

IX. Folgebeiträge

Vereinbarungsgemäß sind die Folgebeiträge jeweils am Ersten des Monats fällig, in dem die Versicherungsperiode beginnt. Bei Vereinbarung von Ratenzahlungen sind diese am Ersten des Monats fällig, in dem die jeweilige Zahlungsperiode beginnt.

X. Zahlungsweise

Die Zahlungsweise monatlich ist nur bei Abbuchung des Beitrags vom Konto möglich.

XI. Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle

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

Sie können Ihre Anfragen richten an:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

www.versicherungsombudsmann.de

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

2. Wichtige Informationen zur beantragten WWK Betriebliche Gruppenunfallversicherung

2.1 Vertragsgrundlagen

Dem Vertrag liegen die »Allgemeine Unfallversicherungs- Bedingungen (AUB GUV)« einschließlich Zusatzbedingungen zu Grunde.

2.2 Beiträge, Gefahrengruppen

In der betrieblichen Gruppenunfallversicherung werden die Beiträge durch die Art der Tätigkeit bestimmt, die die versicherte Person aktuell bzw. im Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls ausübt. (vgl. Ziffer 6 der AUB GUV)

Unterschieden wird in der Art der Beschäftigung:

- nicht handwerklich/körperlich tätig (Gefahrengruppe A)
- handwerklich/körperlich tätig (Gefahrengruppe B)

Personen, die sich in der Ausbildung befinden, wie Studenten, Auszubildende, Volontäre und Praktikanten, sind nach dem jeweiligen Ausbildungsberuf einzustufen.

Änderungen in der Berufstätigkeit sind unverzüglich anzuzeigen.