

Leben

WWK StarterPaket *Junior*

Antrag: Kombi-Antrag
Tarif: BS24 und Unfallversicherung *plus*
Schicht: 3

Mögliche Zusatzseiten

- › Fondsauswahlblatt 7138
- › Zusatzblatt Gesundheitserklärung 7134
- › Tätigkeitsbeschreibung 4016

Hinweis

- › Pro versicherter Person kann im Rahmen dieser Aktion jeweils nur eine WWK Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort und eine WWK Unfallversicherung *plus* abgeschlossen werden.

The logo consists of the letters 'WWK' in a bold, black, sans-serif font. The letters are closely spaced and have a slightly irregular, hand-drawn appearance.

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

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

Eine starke Gemeinschaft

Fläche ist reserviert für Bündel-Barcode.
 Bitte nur EINEN Bündel-Barcode aufkleben.

WWK StarterPaket Junior

Antrag zum Abschluss einer Versicherung (Antragsmodell)

Abschlussvermittler	Ast.-Nr. <input type="text"/> AV.-Nr. <input type="text"/> Aktions-Nr. <input type="text" value="223"/> Antragsnummer <input type="text"/> Fremdordnungsbegriff <input type="text"/>
Versicherungsnehmer/-in (VN) (VN muss volljährig sein)	Titel <input type="text"/> Rechtsform (Firma) <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Wohnhaft in der EU seit <input type="text"/> Jahren Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Straße und Hausnummer <input type="text"/> Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Land <input type="text"/> E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe) <input type="text"/> Mobiltelefon (freiwillige Angabe) <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Geburtsland <input type="text"/> 1. Staatsangehörigkeit <input type="text"/> 2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden) <input type="text"/> 3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden) <input type="text"/> Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) <input type="text"/> nur anzugeben wenn Versicherungsnehmer gleich versicherte Person Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann. Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche <input type="text"/> <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"/>
Hinweis: Erläuterungen siehe »Wichtige allgemeine Informationen«	
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 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.
Zu versichernde Person / zu versorgendes Kind (VP)	Titel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Verwandtschaftsverhältnis zum VN <input type="text"/> Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Schüler <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Student im aktuellen Studiengang: <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Geburtsland <input type="text"/> Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Straße und Hausnummer <input type="text"/> Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Land <input type="text"/> Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche <input type="text"/> Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) <input type="text"/> Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.
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"/>

BT
Tätigkeitsbeschreibung
für die versicherte
Person bei WWK BioRisk
 (Absicherung gegen
 Berufsunfähigkeit)

(Fortsetzung)

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 Außen-
 diensttätigkeit %
 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 Bruttoarbeitseinkommen? 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

A **WWK BioRisk Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort**

Tarif

Tarif: **BS24** monatliche Rente EUR **5,00** oder EUR **7,50** oder EUR **10,00** Tarifart: NT R2 G1

Rentensteigerung im Leistungsfall (1% - 3%) % **0** Einmalzahlung (5.000 EUR, bei lebenslanger Rente 10.000 EUR) Möglicher Übergang in lebenslange Altersrente (siehe Tarifbeschreibung)

Anschluss-Option (Details siehe »Besondere Bedingungen für die Anschluss-Option«): Nach Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort im WWK StarterPaket *Junior* haben Sie oder die versicherte Person die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen einen neuen Vertrag zur Absicherung von Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder dem Verlust von Grundfähigkeiten nach dem dann gültigen Tarif abzuschließen. Dabei ist keine Gesundheitsklärung notwendig.

Versicherungs-/Beitrags-
 zahlungsablauffer Jahre Jahre Leistungs-
 ablauffer Jahre Jahre **6,7**

Hinweis: Die Versicherungsdauer beträgt 10 Jahre. Bei einem rechnermäßigen Eintrittsalter von 22 bis 26 verkürzt sich die Versicherungsdauer auf das rechnermäßige Ablaufalter 31. Grundsätzlich werden die Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer für ganze Jahre ab Versicherungsbeginn vereinbart und enden zu dem Zeitpunkt, an dem die versicherte Person das angegebene Alter rechnermäßig erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/Versicherungsschein.

Alle Einzelheiten \nearrow
 siehe Tarifbeschreibung

**Beitrag und
 Zahlungszeitraum**

Bruttobeitrag EUR Berufsgruppe **Zahlungszeitraum:** monatlich ¼-jährlich ½-jährlich jährlich
 Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungszeitraums.

Überschussbeteiligung

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

Bezugsberechtigung

für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung
 Sollte nebenstehend nichts anderes vereinbart sein, gilt Folgendes:

Im Erlebensfall ist die versicherte Person bezugsberechtigt.

Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname) Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Im Todesfall der VP ist der/die
 Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.

Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname) Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

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.

B **WWK Unfallversicherung plus**

**WWK
 Unfallversicherung plus**
 mit Gliedertaxe basis

Versicherungsumfang	<input type="checkbox"/> Paket A	oder	<input type="checkbox"/> Paket B	oder	<input type="checkbox"/> Paket C
Invalidität/Grundsumme	30.000 EUR		50.000 EUR		75.000 EUR
Progression	600%		600%		600%
Vollinvalidität	180.000 EUR		300.000 EUR		450.000 EUR
Übergangsleistung/Sofortleistung	5.000 EUR		5.000 EUR		5.000 EUR
Schmerzensgeld	1.000 EUR		1.000 EUR		1.000 EUR
Unfall-Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld	25 EUR		35 EUR		50 EUR
Unfallrente	-		500 EUR		1.000 EUR
Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten*	5.000 EUR		5.000 EUR		10.000 EUR

monatlicher Beitrag inkl. Versicherungssteuer EUR

* **Hinweis:**
 Nur für Altersgruppe 0 - 17 Jahre

**WWK
Unfallversicherung plus**
(Fortsetzung)

Bezugsberechtigter: Im Todesfall gilt die gesetzliche Erbfolge als vereinbart.
Versicherungsdauer: 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 schriftliche 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.
 ½-jährlich ¼-jährlich ¼-jährlich monatlich

Tätigkeit: nicht handwerklich/körperlich tätig handwerklich/körperlich tätig

Vorversicherungen

1. Bestehen oder bestanden für die zu versichernde Person bereits gleichartige Versicherungen? ja nein
Bei welcher Gesellschaft? _____ Versicherungsnummer _____
Versicherungssumme EUR _____
2. Wer hat den Vertrag gekündigt? ungekündigt Versicherungsnehmer (VN) Versicherer

Vorschäden

Beantwortung auch erforderlich wenn keine Vorversicherung bestand.
Sind Schäden in den letzten 5 Jahren eingetreten? ja nein
Anzahl Beschreibung Schadenhöhe in EUR

Beschreibung Schadenhöhe in EUR

Bei Einschluss einer WWK Unfallversicherung plus ist nur das Antragsmodell möglich.

Wichtige Hinweise:

Der Vertrag über die beantragte Versicherung kommt erst zustande, wenn die WWK die Annahme des Antrags schriftlich erklärt oder sie durch Aushändigung des Versicherungsscheins bestätigt hat. Beginn frühestens am Tag des Antragsvorgangs in der Zentraldirektion München.

Beitrag

Beitrag (inkl. Versicherungssteuer) EUR _____

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 ➤ Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB)
➤ Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen ➤ Kombi-Antrag WWK StarterPaket Junior

Gemeinsame Vereinbarungen für die nach A und B beantragten, rechtlich selbstständigen Versicherungen:

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 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 und Unfallversicherung plus**

für Eintrittsalter der VP von 10 bis 14 anstelle des Blocks B) 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 _____

**GK
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
bei Tarif BS und Unfall-
versicherung plus**

für Eintrittsalter der
VP von 10 bis 14
anstelle des Blocks B]
zu verwenden)

(Fortsetzung)

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?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 Motorsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport)?

ja nein

Wenn ja, welche?

**B]
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
bei Tarif BS und Unfall-
versicherung plus**

(für Eintrittsalter ab 15)

Hinweis: Sofern eine Frage mit »ja« beantwortet wird, beantworten Sie bitte zusätzlich die ausführliche Gesundheitserklärung aus dem Formblatt 7134.

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen. Allgemeine Vorsorge-, U- oder J-Untersuchungen ohne konkreten Beschwerde- oder Krankheitsanlass und ohne pathologischen Befund, Zahnarztbehandlungen und Behandlungen wegen Erkältungen können für die Erklärung unberücksichtigt gelassen werden!

1. Körpergröße cm Körpergewicht kg
(ohne Kleidung)

2. Hatten Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen einer bestimmten Krankheit oder wegen Beschwerden (ausgenommen Psyche) insgesamt mindestens vier Mal oder häufiger Arzt-, Arztpraxis- oder Therapeutenkontakt (ambulant, stationär oder wegen Medikamentenverschreibung)? ja nein

3. Wurden Sie **in den letzten 5 Jahren** wegen Erkrankungen oder Beschwerden der Psyche (z. B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Suizidversuch, Belastungsreaktion, Essstörung, ADS/ADHS) von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen vorgesehen oder nehmen Sie in Bezug auf Erkrankungen und Beschwerden der Psyche Medikamente ein? ja nein

4. 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 einer anderen Einrichtung der medizinischen Versorgung aufgehalten oder sind Operationen oder solche Aufenthalte angeraten? ja nein

5. Bestehen bei Ihnen körperliche (z. B. Missbildungen, Folgen von Operationen, Unfällen oder Infektionskrankheiten, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenschaden, Amputationen) oder geistige (z. B. Hirnleistungsstörungen, Gedächtnisverlust) Beschwerden oder Beeinträchtigungen oder wurde bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS), ein Grad der Behinderung (GdB), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) beantragt oder festgestellt? ja nein

6. Bestehen bereits private Versicherungen (ausgenommen Pflichtversicherungen) für den Fall der Invalidität und übersteigen diese zusammen mit der jetzt beantragten Versicherung eine Rente von 1.250 EUR pro Monat? ja nein

7. Betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport, Eishockey, Downhill)? ja nein

Beitragszahlung

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

**WWK Lebensversicherung a. G. Gläubiger-Identifikations-Nr. DE81WWK0000069127
WWK Allgemeine Versicherung AG Gläubiger-Identifikations-Nr. DE11WWK0000069126**

Ich ermächtige die WWK Lebensversicherung a. G. / 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. 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

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

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. und WWK Allgemeine Versicherung AG (im Folgenden »WWK«), Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die WWK Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Die WWK 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 geschützter Daten

- durch die WWK
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der WWK 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:

Ich willige ein, dass die WWK 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 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 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 – 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 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die WWK an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die WWK 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 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 einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die WWK 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 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 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

Die WWK 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 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 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 zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die WWK tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die WWK 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 Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die WWK führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die WWK 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 Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die WWK 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 dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der WWK 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 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 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 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 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 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 tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die WWK 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 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.

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

(Fortsetzung)

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 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, 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 Versicherungsverhältnis, 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.

Schweigepflichtenbindungserklärung für den Hausarzt

Zur Beschleunigung der Antragsbearbeitung willige ich hiermit gesondert ein, dass die WWK, 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 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Versicherungsantragsdaten durch die WWK 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 zu versichernde Person minderjährig ist

X

Unterschrift zu versichernde Person, falls nicht Antragsteller/-in

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

**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. **Mit diesem Antrag werden ggf. zwei rechtlich selbstständige Versicherungen beantragt. Beachten Sie hierzu bitte die jeweils geltenden Produktinformationen und Versicherungsbedingungen.**

**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).

**Vereinbarung
(WWK BioRisk
Berufsunfähigkeits-
versicherung Komfort)**

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? ja Welche?

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

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.

Tarifbeschreibung WWK BioRisk

Berufsunfähigkeitsversicherung Komfort

Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:
BS24 Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

Karenzzeit

Im WWK StarterPaket *Junior* ist eine Karenzzeit von Null Monaten vereinbart. Bei Berufsunfähigkeit beginnt die Leistungspflicht sofort.

Einmalzahlung

Die Einmalzahlung wird nur bei erstmaligem Eintritt der Berufsunfähigkeit fällig.

Lebenslange Altersrente

Die Berufsunfähigkeitsrente geht in eine lebenslange Altersrente gleicher Höhe über, wenn die Berufsunfähigkeit während der Versicherungsdauer, spätestens aber zehn Jahre vor Ende der Leistungsdauer eintritt und bis zum Ablauf der Leistungsdauer ununterbrochen andauert.

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.

NT Normaltarif **R2/G1** Kollektivtarif

1. Wichtige allgemeine Informationen zur beantragten Versicherung WWK Unfallversicherung plus

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 Versicherungsverbundes 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 Liste genannten 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 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 Unfallversicherung plus

Beiträge, Gefahrengruppen

Der Beitrag wird durch die Gefahrengruppe bestimmt, in welche die versicherte Person entsprechende Ihrer Berufstätigkeit einzustufen ist. Übt eine Person Tätigkeiten der Gefahrengruppe **A und B** aus, so ist der Beitrag nach B zu berechnen. Es wird nach folgenden Gefahrengruppen unterschieden:

A Personen, die:

- › kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend im Innen- oder Außendienst der Wirtschaft bzw. Verwaltung (einschließlich Verwaltung in Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und Feuerwehr)
- › leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen (einschließlich aufsichtsführende Meister)
- › im Verkauf, im Labor, in der Datenerfassung, Datenverarbeitung (EDV-Bereich), bzw. im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege

tätig sind

- › Anlagen/Maschinen elektronisch steuern
- › keine berufliche Tätigkeit/Beschäftigung ausüben

Personen, wie

- › Rentner, Pensionäre und Schüler

B Personen, die:

- › körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten (einschließlich mitarbeitende Meister)
- › Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten
- › mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten
- › Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren
- › Tiere behandeln oder pflegen
- › im Truppen-, Einsatz- und Vollzugsdienst bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz und Feuerwehr tätig sind

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.