

Leben

# WWK StarterPaket *Kids* 2.0

Antrag: Kombi-Antrag  
Tarif: FVG22 *Kids* und FV23 *Kids* und Unfallversicherung *plus*  
Schicht: 3

## Mögliche Zusatzseiten

- › Anlagemöglichkeiten 7139
- › Anlagemöglichkeiten 7140
- › Geldwäschegesetz (juristische Personen) 1010
- › Geldwäschegesetz (natürliche Personen) 1011
- › Zusatzblatt AEOI/CRS Beherrschende Personen 7131

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

Eine starke Gemeinschaft

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

# Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, damit die WWK Ihnen Versicherungsschutz anbieten kann, ist es notwendig, dass Sie die Fragen zur versicherten Person wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben und ggf. die in der Annahmeerklärung abgedruckten Fragen und Antworten auf Wahrheit und Vollständigkeit geprüft haben. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen die WWK in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn die WWK nach Ihrer

Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

## Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

**1. Rücktritt**  
Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die WWK vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht hat die WWK kein Rücktrittsrecht, wenn die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die WWK den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt die WWK dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

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

Auf dieses Recht werden Sie in unserer Mitteilung hingewiesen.

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

Mit einer Vertragsanpassung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

Bei einem Rücktritt steht der WWK der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufwertes.

**4. Ausübung unserer Rechte**  
Die WWK kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die WWK von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht, die das von der WWK geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte hat die WWK die Umstände anzugeben, auf die sie die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die WWK nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

**2. Kündigung**  
Kann die WWK nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, kann die WWK den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Die WWK kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn die WWK den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Mit einer Kündigung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

Die Rechte der WWK zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Das Kündigungsrecht der WWK ist ausgeschlossen, wenn die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

**5. Stellvertretung durch eine andere Person**  
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der WWK die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

**3. Vertragsanpassung**  
Wurde die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt und kann die WWK nicht zurücktreten oder kündigen, weil die WWK den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der WWK Vertragsbestandteil. Haben Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbe-

Ich bestätige, dass ich die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG gelesen und eine Kopie erhalten habe.

X  
Unterschrift Antragsteller/-in

X  
Unterschrift aller gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist

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

Datum TT/MM/JJJJ

# WWK StarterPaket Kids 2.0

## Antrag zum Abschluss einer Versicherung (Antragsmodell)

abweichend Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots\* (Invitatiomodell)

### \*Wie kommt Ihr Vertrag bei einem Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots zustande?

Mit dem Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots fordern Sie ein verbindliches Angebot der WWK Lebensversicherung a. G. an. Damit stellen die von Ihnen in diesem Formular gemachten Angaben und Erklärungen noch keine verbindliche Vertragserklärung dar. Sie sind dennoch erforderlich und wahrheitsgemäß abzugeben, damit wir für Sie ein verbindliches Angebot erstellen können. Ihre Angaben und Erklärungen werden zu einer verbindlichen Vertragserklärung, sobald wir Ihnen das verbindliche Angebot in Form eines Versicherungsscheins, der sämtliche erforderlichen Unterlagen und Informationen enthält, übermittelt haben und Sie die beigefügte Annahmeerklärung an uns zurückgesandt haben. Hierauf werden wir Sie bei Übersendung des Versicherungsscheins noch einmal gesondert hinweisen.

<b>Abschlussvermittler</b>	Ast-Nr. <input type="text"/> AV-Nr. <input type="text"/> Aktions-Nr. <b>2 2 2</b> Antragsnummer <input type="text"/> Fremddortungsbegriff <input type="text"/>												
<b>Versicherungsnehmer/-in (VN)</b>	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"/> Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b> <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"/> Versicherungsnehmer ist keine natürliche Person und <input type="checkbox"/> eine aktive NFE (non-financial entity) <b>oder</b> <input type="checkbox"/> eine passive NFE (non-financial entity) - Formblatt 7131 verwenden												
<b>Einwilligungserklärung</b>	Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der WWK Versicherungen, von Unternehmen der WWK Versicherungen beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus dem oben stehenden Block »Versicherungsnehmer/-in« für folgende Kommunikationswege im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen: <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Mobilnummer <input type="checkbox"/> Fax-Nummer <input type="checkbox"/> E-Mail Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf inhaltliche Änderungen, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der WWK Versicherungen oder deren Kooperationspartner gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.												
<b>Pflichtangaben zu den Steuerdaten des Versicherungsnehmers (VN)</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>In welchen Staaten sind Sie steuerlich ansässig?</th> <th>Dazugehörige Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Staat 1</b></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><b>Staat 2 (falls vorhanden)</b></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><b>Staat 3 (falls vorhanden)</b></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> Versicherungsnehmer ist in den USA steuerpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		In welchen Staaten sind Sie steuerlich ansässig?	Dazugehörige Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)	<b>Staat 1</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Staat 2 (falls vorhanden)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Staat 3 (falls vorhanden)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	In welchen Staaten sind Sie steuerlich ansässig?	Dazugehörige Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)											
<b>Staat 1</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<b>Staat 2 (falls vorhanden)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<b>Staat 3 (falls vorhanden)</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>											
<b>Zu versichernde Person / zu versorgendes Kind (VP)</b>	(auch Verwandtschaftsverhältnis zum VN angeben) Titel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Geburtsdatum TT / MM / JJJJ <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Geburtsland <input type="text"/>												

Zu versichernde Person/zu versorgendes Kind (VP) (Fortsetzung)	Verwandtschaftsverhältnis	Staatsangehörigkeit
	Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) <b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.	

Geldwäschegesetz Legitimation	<input type="checkbox"/> VN ist aktiver Kunde der WWK und wurde durch mich (AV) nach geltenden gesetzlichen Vorschriften identifiziert.		
	<input type="checkbox"/> Die Angaben zur Identität des VN habe ich (AV) mit dem mir vor Ort vorgelegten Ausweisdokument gemäß § 13 GwG geprüft. Die Kopie des Ausweisdokuments wurde gemäß § 8 (2) GwG von mir angefertigt und liegt dem Antrag bei.		
Wirtschaftlich Berechtigter	<input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass <input type="checkbox"/> sonstiges Dokument		
	Nummer: _____    Ausstellungsbehörde: _____    gültig bis TT/MM/JJJJ: _____		
Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen:			
<input type="checkbox"/> auf meine <b>eigene Veranlassung</b> . Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.    (*) Zur Identifizierung eines Dritten bei natürlichen Personen Formblatt 1011 und bei juristischen Personen Formblatt 1010 verwenden.			
<input type="checkbox"/> <b>nicht auf eigene Veranlassung</b> . Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt. (*)			

Beginn	Datum TT/MM/JJJJ	12 Uhr mittags	Abweichender Beginn Unfallversicherung:	Datum TT/MM/JJJJ	12 Uhr mittags
	01			01	

**A**  **WWK Protect Kids oder WWK Premium FondsRente Kids 2.0**

Tarif	<input type="checkbox"/> <b>WWK Protect Kids (Tarif FVG22Kids)</b> Tarifart: <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> R2		
	Beitragssumme: _____ EUR    Ende Grundphase (= Garantieternin) mit: _____ Jahren    Beitragszahlungsdauer: _____ Jahre		
Mit diesem Antrag kann entweder FVG22Kids oder FV23Kids gewählt werden.	Zum vereinbarten Garantieternin wird der vereinbarte Anteil der eingezahlten Beiträge garantiert.		
	<b>Hinweis:</b> Die Beitragssumme ist die Summe der Beiträge, die während der Beitragszahlungsdauer gezahlt wird. Hierzu zählen nicht die Beiträge für Dynamik und Zuzahlungen.		
Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung	<b>Beitragsgarantie (gilt für laufende Beiträge, Dynamik und Zuzahlungen):</b> Beitragsgarantie 70% oder <input type="checkbox"/> 60% <input type="checkbox"/> 50%		
	<b>Kapitalmanagement:</b> Es kann entweder ein Ablaufmanagement gewählt oder eine Höchststandsabsicherung vorgemerkt werden.		
	<input type="checkbox"/> <b>Ablaufmanagement</b> oder <input type="checkbox"/> <b>Höchststandsabsicherung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hinweis:</b> Mit diesem Antrag wird die Höchststandsabsicherung vorgemerkt. Detaillierte Informationen zur Höchststandsabsicherung und deren Voraussetzung zur erforderlichen Aktivierung finden Sie in den Besonderen Bedingungen.	
	<input type="checkbox"/> Periodisches Ablaufmanagement <input type="checkbox"/> Performanceorientiertes Ablaufmanagement	<input type="checkbox"/> Vormerkung für Höchststandsabsicherung	
	<input type="checkbox"/> <b>WWK Premium FondsRente Kids 2.0 (FV23Kids)</b> Tarifart: <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> G1		
	Beitragssumme der Grundphase: _____ EUR    Dauer der Grundphase: <b>35</b> Jahre	<b>Hinweis:</b> Zur Beitragssumme der Grundphase zählen nicht die Beiträge für Zuzahlungen.	
	<b>Einmalzahlung zum Versicherungsbeginn</b>		
	Einmalzahlung zum Versicherungsbeginn (Mindestbeitrag 200 EUR): _____ EUR	<b>Hinweise:</b> Die Einmalzahlung wird gemäß der beantragten Beitragsaufteilung angelegt und wird vom im Block »Beitragszahlung« genannten Konto per Lastschrift eingezogen. Die Summe der Beiträge und der Einmalzahlung darf bis zum 7. Lebensjahr der VP 8.000 EUR nicht überschreiten.	
	<input type="checkbox"/> abweichend erfolgt die Einmalzahlung durch Überweisung an die WWK Lebensversicherung a. G.		
	<input type="checkbox"/> <b>Ablaufmanagement</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hinweis:</b> Durch das Rebalancing wird jährlich die Guthabenaufteilung (prozentuale Gewichtung der einzelnen Fonds) gemäß der gewählten Beitragsaufteilung angepasst.	
	<input type="checkbox"/> Periodisches Ablaufmanagement <input type="checkbox"/> Performanceorientiertes Ablaufmanagement	Alter bei Ende Ablaufmanagement mit _____ Jahren	
	<input type="checkbox"/> <b>Rebalancing</b>	<input type="checkbox"/> ja	

Beitrag und Zahlungszeitraum	Beitrag: _____ EUR	Der Mindestbeitrag beträgt 25 EUR (FVG22 Kids) bzw. 20 EUR (FV23 Kids) im Monat. Für andere Zahlungs-Zeiträume gilt Entsprechendes.	Zahlungszeitraum: <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> 1/4-jährlich <input type="checkbox"/> 1/2-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich
			Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungszeitraums.

Todesfallschutz	für die <b>WWK Protect Kids</b> in der Grund- und Garantierhaltungsphase (= Ansparzeit) in Höhe des zum Zeitpunkt des Todes vorhandenen Gesamtguthabens	<b>in der Rentenphase</b> <input type="checkbox"/> Rentengarantiezeit individuell <input type="checkbox"/> Restkapitalisierung <input type="checkbox"/> keine Leistung	<b>Angaben zum alternativen Rentenbeginn</b> Alter zum alternativen Rentenbeginn: _____ Jahre    vereinbarte individuelle Rentengarantiezeit: _____ Jahre
	<b>Hinweis:</b> Die Angaben zur individuellen Rentengarantiezeit im Rahmen des alternativen Rentenbeginns sind nur bei Auswahl von »Rentengarantiezeit individuell« erforderlich.		
Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung	für die <b>WWK Premium FondsRente Kids 2.0</b> in der Ansparzeit Vertragsguthabens	<b>in der Rentenphase</b> <input type="checkbox"/> Rentengarantiezeit individuell <input type="checkbox"/> Restkapitalisierung <input type="checkbox"/> keine Leistung	<b>Angaben zum alternativen Rentenbeginn</b> Alter zum alternativen Rentenbeginn: _____ Jahre    vereinbarte individuelle Rentengarantiezeit: _____ Jahre
	<b>Hinweis:</b> Die maximale Todesfallsumme inklusive Vorversicherungen ist auf 8.000 EUR bis Alter 7 Jahre beschränkt.	<b>Hinweise:</b> Die Angaben zur individuellen Rentengarantiezeit im Rahmen des alternativen Rentenbeginns sind nur bei Auswahl von »Rentengarantiezeit individuell« erforderlich. Der alternative Rentenbeginn ist kein fest vereinbarter Vertragsbestandteil. Der Todesfallschutz im Rentenbezug ebenfalls nicht. Im Todesfall werden vorhandene Fondsanteile ausbezahlt.	

Überschussbeteiligung	für die <b>WWK Protect Kids</b> während der Grund- und Garantierhaltungsphase (= Ansparzeit) Anlage mittels WWK IntelliProtect®	während der <b>Rentenzahlung</b> gilt die teildynamische Plusrente <b>als vereinbart</b>	oder <input type="checkbox"/> dynamische Plusrente <input type="checkbox"/> fallende Plusrente
	für die <b>WWK Premium FondsRente Kids 2.0</b> während der <b>Ansparzeit</b> Anlage in <b>Fondsanteilen</b>	während der <b>Rentenzahlung</b> gilt die teildynamische Plusrente <b>als vereinbart</b>	oder <input type="checkbox"/> dynamische Plusrente

**Garantierte Rentensteigerung**

Garantierte Rentensteigerung (1% - 3%):  % **Hinweise:** Ist nichts eingetragen, gilt automatisch keine garantierte Rentensteigerung.

**Dynamik**

Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung

Es wird (soweit möglich) eine jährliche Beitrags- und Leistungsdynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart. Der Beitrag erhöht sich jährlich um 3%.  Andere gewünschte Dynamik (1% - 10%):  %  Keine Dynamik

**Anlagemöglichkeiten**

**Hinweis:** Die Aufteilung muss 100% betragen. Es sind nur ganze Prozentsätze möglich. Sofern Informationen zur Fondsauswahl oder wenn weitere Anlagemöglichkeiten gewünscht sind, bitte Zusatzblatt 7139 (für FVG22 Kids) bzw. 7140 (FV23 Kids) verwenden.

Individuelle Fonds / Anlagestrategie	ISIN-Code	Risiko-klasse	Prozent-satz

**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

**Bestehende Versicherungen**

Nur für versicherte Personen bis einschließlich Alter 6.

1. Ist das zu versichernde Kind bereits auf den Todesfall versichert oder wurden entsprechende Anträge gestellt oder entsprechende Angebote angefordert?  ja  nein

a) Wenn ja, mit welcher Versicherungssumme?  EUR **b) Bei welcher Versicherungsgesellschaft wurde eine derartige Versicherung beantragt oder ein derartiges Angebot angefordert?**  Versicherung

2. Hat das zu versichernde Kind bereits eine Rentenversicherung oder wurden entsprechende Anträge gestellt oder entsprechende Angebote angefordert?  ja  nein

a) Wenn ja, mit welchem Versicherungsbeginn  Datum TT/MM/JJJJ und mit welchem Beitrag?  EUR **b) Bei welcher Versicherungsgesellschaft wurde eine derartige Versicherung beantragt oder ein derartiges Angebot angefordert?**  Versicherung

3. Lebensversicherungen für Kinder vor der Vollendung des 7. Lebensjahres können ohne Zustimmung des Familiengerichts nur bis zu einer Todesfallleistung von 8.000 EUR abgeschlossen werden.  
Mit meiner Vertragsunterschrift bestätige ich, dass die Todesfallleistung aller auf das Leben des Kindes abgeschlossenen Versicherungsverträge 8.000 EUR nicht übersteigt. Auch eine Beitragsrückgewähr im Todesfall bei Rentenversicherungen fließt in die Berechnung der maximal zulässigen Todesfallleistung ein.

**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		40.000 EUR		60.000 EUR
Progression	600%		600%		600%
Vollinvalidität	180.000 EUR		240.000 EUR		360.000 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	10 EUR		10 EUR		15 EUR
Unfallrente	-		500 EUR		1.000 EUR
Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten*	10.000 EUR		10.000 EUR		15.000 EUR

\*Hinweis: Nur für Altersgruppe 0 - 17 Jahre

**Beitrag inkl. Versicherungsteuer**  EUR

**Leistungsempfänger/Bezugsberechtigter:**  Im Todesfall gilt die gesetzliche Erbfolge als vereinbart.

**Dynamik:**  Zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wird eine Beitrags- und Leistungsdynamik ohne Gesundheitsprüfung in Höhe von 6% 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:**  monatlich Nur Abbuchung möglich

**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

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

**WWK  
Unfallversicherung plus**

(Fortsetzung)

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

**Vorschäden**

Beantwortung auch erforderlich wenn keine Vorversicherung bestand.

Sind Schäden in den letzten 5 Jahren eingetreten?  ja  nein

Anzahl	Beschreibung	Schadenhöhe in EUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Wichtiger Hinweis**

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 Zentralkasse München.

**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 Kids

**BioRisk-Option**

**BioRisk-Option**

Mit der »BioRisk-Option« hat die versicherte Person die Möglichkeit, bei bestimmten Ereignissen zu einem späteren Zeitpunkt **ohne erneute Gesundheitsprüfung** eine selbstständige WWK BioRisk-Versicherung (Absicherung gegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder gegen Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten) abzuschließen.

**Gemeinsame Vereinbarungen für die nach A und B beantragten, rechtlich selbstständigen Versicherungen einschließlich separat gewählter BioRisk-Option:**

**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. oder WWK Allgemeine Versicherung AG 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.

**BioRisk-Option**

Mit der »BioRisk-Option« hat die versicherte Person die Möglichkeit, bei bestimmten Ereignissen zu einem späteren Zeitpunkt **ohne erneute Gesundheitsprüfung** eine selbstständige WWK BioRisk-Versicherung (Absicherung gegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder gegen Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten) abzuschließen.

**Gesundheitserklärung der versicherten Person**

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen.

Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. Routine-U-Untersuchungen ohne Befund oder ohne krankhafte Diagnose müssen nicht angegeben werden.

1. Körpergröße  cm Körpergewicht (ohne Kleidung)  kg

2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind angeborene oder erworbene Missbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen oder Entwicklungsstörungen/-verzögerungen?  
 ja  nein Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt

3. Hatte Ihr Kind in den letzten fünf Jahren wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden mehr als vier Mal Arzt- oder Arztpraxiskontakt (ambulant oder stationär) oder sind in den nächsten 12 Monaten ärztlicherseits Untersuchungen oder Behandlungen angedeutet?  
 ja  nein Erkrankung/Diagnose von/bis behandelnder Arzt

4. Nimmt oder nahm Ihr Kind in den letzten 5 Jahren über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?  
 ja  nein Medikamentenname von/bis

5. Hat Ihr Kind eine Vorsorgeuntersuchung (U- und J-Untersuchungen bzw. Mutter-Kind-Pass) ausgelassen oder ergab sich aus mindestens einer Untersuchung ein auffälliger Befund? Bitte in diesem Fall Kopien des Untersuchungsheftes beifügen.  
 ja  nein

**Gesundheitsfragen bei Einschluss der Unfallversicherung plus**

(Sind nur anzugeben bei der Beantragung von sofortiger Einmalzahlung bei schweren Krankheiten)

1. Wurden alle Vorsorge-Untersuchungen (U1 bis U9) für das zu versichernde Kind dem Alter entsprechend durchgeführt?  
 ja  nein

2. Wurden bei den Vorsorge-Untersuchungen für das zu versichernde Kind gesundheitliche Beeinträchtigungen/Auffälligkeiten festgestellt?  
 ja  nein

Wenn ja, bitte Kopie des Eintrags im Untersuchungsheft beifügen. Kopie des Eintrags im Untersuchungsheft beigefügt?  
 ja  nein

3. Ist eine Erst- oder Auffrischungsimpfung nach den Impfpfehlungen unterblieben?  
 ja  nein

Wenn ja, welche?  
 Kinderlähmung  Masern  Diphtherie  Tetanus  Mumps  Röteln  Keuchhusten

4. Wurde das zu versichernde Kind in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (ausgenommen Geburt)? Wenn ja, wann, weshalb, Folgen?  
 ja  nein

5. Befindet oder befand sich das zu versichernde Kind in längerfristiger ärztlicher Behandlung (über 6 Monate)? Wenn ja, infolge welcher Erkrankung oder welchen Leidens?  
 ja  nein

Bei Nicht- oder Falschbeantwortung der Gesundheitsfragen kann der Versicherungsschutz entfallen.

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  Überweisung

Titel, Name, Vorname  
 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ      Geburtsort      Staatsangehörigkeit  
 \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz)      PLZ      Wohnort (Hauptwohnsitz)  
 \_\_\_\_\_

Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts  
 \_\_\_\_\_

IBAN  
 \_\_\_\_\_

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

Datum TT/MM/JJJJ      Unterschrift Kontoinhaber/-in  
 \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_

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

**I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die WWK Lebensversicherung a. G. 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 übermitteln, 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](http://www.WWK.de)) eingesehen werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die WWK 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



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

(Fortsetzung)

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.

**Schweigepflichtentbindungserklärung 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. jeweils zwei rechtlich selbstständige Versicherungen beantragt. Beachten Sie hierzu bitte die jeweils geltenden Produktinformationen und Versicherungsbedingungen.**

**Informationen  
gemäß VVG-InfoV  
und OffenlegungsVO**  
nur bei Antrag zum Abschluss  
einer Versicherung

Mit dem Versorgungsvorschlag, der unter anderem das Basisinformationsblatt, das Produktinformationsblatt, Modellrechnungen, Fondsinformationen, das Steuermerkblatt, Versicherungsbedingungen, Informationen zum Widerrufsrecht sowie eine Antragskopie umfasst, habe ich alle Informationen gemäß Informationspflichten-Verordnung (VVG-InfoV) erhalten (nur bei Antrag zum Abschluss einer Versicherung). Die nachhaltigkeitsbezogenen Informationen zu den von mir gewählten Fonds, soweit sie als nachhaltig beworben werden, habe ich zur Kenntnis genommen.

**Informationen  
gemäß PRIIP-VO**

(nur für WWK Protect Kids,  
WWK Premium FondsRente  
Kids 2.0)

**Belehrung:** Ich habe das Recht, das Basisinformationsblatt (BIB) gemäß PRIIP-Verordnung (PRIIP-VO), über das ich auch an die spezifischen Informationen zu den von mir gewählten Fonds gelange, vor Vertragsschluss in **Papierform** zu erhalten.

Das Basisinformationsblatt habe ich rechtzeitig in Papierform erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich hatte ausreichend Zeit, den Inhalt zu prüfen.

**alternativ**

Ich wünsche die Bereitstellung des BIB über eine **Website** und **verzichte auf den Erhalt in Papierform**. Das BIB habe ich unter [www.wwk.de/bib](http://www.wwk.de/bib) eingesehen, zur Kenntnis genommen und kann es hier herunterladen und speichern. Auf Nachfrage erhalte ich das BIB auch zu einem späteren Zeitpunkt kostenlos in Papierform.

**Hinweis:** Der Verzicht auf den Erhalt in Papierform ist nur zulässig, wenn der VN regelmäßigen Zugang zum Internet hat. Zur Bestätigung des regelmäßigen Zugangs zum Internet, bitte unbedingt E-Mail-Adresse im Block »Versicherungsnehmer« angeben.

**Vereinbarung**

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig?  ja Welche? \_\_\_\_\_

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.

**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 Versicherungsvertragsverhältnis, wenn der Versicherungsnehmer seiner Pflicht zur Zahlung seiner Versicherungsbeiträge nicht nachkommt. Nach erlassenen Mahn- bzw. Vollstreckungsbescheid wird eine Meldung hierüber an die Auskunftei (Firma Infoscore) gemacht.

**V. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die WWK Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Ich willige ein, dass die WWK meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.



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

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 unzweckmäßig und für beide Unternehmen unerwünscht.

### Hinweise bezüglich der Pflichtangaben zu den Steuerdaten des Versicherungsnehmers (VN)

#### Steuerpflicht USA

Als US-Person gilt, wer die US-Staatsbürgerschaft (z. B. auch als zweite Staatsbürgerschaft) besitzt, wer seinen Wohnsitz oder eine ständige Aufenthaltsbewilligung in den USA (z. B. Green Card) hat, oder wer im laufenden Jahr mehr als 31 und in den letzten drei Jahren mehr als 183 Aufenthaltstage in den USA hatte.

#### In den USA steuerpflichtig ist unter anderem, wer als US-Person gilt.

Eine »Nicht-US-Person« kann aus einem anderen Grund in den USA steuerpflichtig sein (z. B. Doppelwohnsitz, gemeinsame Steuererklärung mit einer »US-Person« [z. B. als Ehepartner], Verzicht auf US-Staatsbürgerschaft oder auf Aufenthaltsbewilligung nach langfristigem Aufenthalt, andere Gründe). Die Frage nach der »US-Person« bzw. nach der US-Steuerpflicht bezieht sich nicht nur auf natürliche, sondern auch auf juristische Personen.

#### Steuerliche Ansässigkeiten

Damit die WWK Lebensversicherung a. G. ihre gesetzlichen Verpflichtungen gemäß Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz (FKAustG) erfüllen kann, müssen die Daten zur steuerlichen Ansässigkeit des Versicherungsnehmers vorliegen. Die steuerliche Ansässigkeit ist in der Regel dort, wo der Wohnsitz beziehungsweise der gewöhnliche Aufenthalt ist. Verpflichtend ist es, jede steuerliche Ansässigkeit mit der jeweiligen Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) anzugeben. Bei nicht natürlichen Personen (Rechtsträgern) ist jede steuerliche Ansässigkeit mit der jeweiligen Ertragsteuernummer anzugeben.

Bei nicht deutscher steuerlicher Ansässigkeit besteht die gesetzliche Verpflichtung gemäß FKAustG, eine Meldung an das deutsche Bundeszentralamt für Steuern (BZSt) abzugeben. Gleiches gilt bei fehlenden oder unvollständigen Angaben zur steuerlichen Ansässigkeit oder Steuer-ID.

Bei Fragen zur steuerlichen Ansässigkeit wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater oder das zuständige Finanzamt. Bitte beachten Sie, dass die WWK Lebensversicherung a. G. keine Steuerberatung durchführen darf.

### Hinweise zu aktiven/passiven NFE

Ein **NFE** ist ein Rechtsträger, der kein Finanzinstitut ist.

Ein **aktiver NFE** ist ein NFE, der **mindestens eines** der folgenden Kriterien erfüllt:

- Bezogen auf das vergangene Kalenderjahr oder einen anderen geeigneten Meldezeitraum gilt: Weniger als 50 % der Bruttoeinkünfte des NFE sind passive Einkünfte und weniger als 50 % der Vermögenswerte, die sich während dieses Zeitraums im Besitz des NFE befanden, sind Vermögenswerte, mit denen passive Einkünfte erzielt werden oder werden sollen.
- Die Aktien des NFE werden regelmäßig an einer anerkannten Wertpapierbörse gehandelt oder der NFE ist ein verbundener Rechtsträger eines Rechtsträgers, dessen Aktien regelmäßig an einer anerkannten Wertpapierbörse gehandelt werden.
- Der NFE ist ein staatlicher Rechtsträger, eine internationale Organisation, eine Zentralbank oder im Alleineigentum einer oder mehrerer der vorgenannten Institutionen.
- Im Wesentlichen alle Tätigkeiten des NFE bestehen im vollständigen oder teilweisen Besitzen der ausgegebenen Aktien einer oder mehrerer Tochtergesellschaften, die eine andere Geschäftstätigkeit als die eines Finanzinstituts ausüben, sowie in der Finanzierung und Erbringung von Dienstleistungen für diese Tochtergesellschaften, mit der Ausnahme, dass ein Rechtsträger nicht die Kriterien für diesen Status erfüllt, wenn er als Anlagefonds tätig ist oder sich als solchen bezeichnet, wie zum Beispiel ein Beteiligungskapitalfonds, ein Wagniskapitalfonds, ein Fonds für fremdfinanzierte Übernahmen (Leveraged-Buyout-Fonds) oder ein Anlageinstrument, dessen Zweck darin besteht, Gesellschaften zu erwerben oder zu finanzieren und anschließend Anteile an diesen Gesellschaften als Anlagevermögen zu halten.

e) Der NFE betreibt noch kein Geschäft und hat auch in der Vergangenheit kein Geschäft betrieben, legt jedoch Kapital in Vermögenswerten an mit der Absicht, ein anderes Geschäft als das eines Finanzinstituts zu betreiben. Der NFE fällt jedoch nach dem Tag, der auf einen Zeitraum von 24 Monaten nach dem Gründungsdatum des NFE folgt, nicht unter diese Ausnahmeregelung.

f) Der NFE war in den vergangenen 5 Jahren kein Finanzinstitut und veräußert derzeit seine Vermögenswerte oder führt eine Umstrukturierung durch mit der Absicht, eine andere Tätigkeit als die eines Finanzinstituts fortzusetzen oder wieder aufzunehmen.

g) Die Tätigkeit des NFE besteht vorwiegend in der Finanzierung und Absicherung von Transaktionen mit oder für verbundene Rechtsträger, die keine Finanzinstitute sind, und er erbringt keine Finanzierungs- oder Absicherungsleistungen für Rechtsträger, die keine verbundenen Rechtsträger sind, mit der Maßgabe, dass der Konzern dieser verbundenen Rechtsträger vorwiegend eine andere Geschäftstätigkeit als die eines Finanzinstituts ausübt.

h) Der NFE erfüllt alle folgenden Anforderungen:

- In seinem Ansässigkeitsstaat wird er a) ausschließlich für religiöse, gemeinnützige, wissenschaftliche, künstlerische, kulturelle, sportliche oder erzieherische Zwecke errichtet und betrieben, oder b) errichtet und betrieben und ist ein Berufsverband, eine Vereinigung von Geschäftsleuten, eine Handelskammer, ein Arbeitnehmerverband, ein Landwirtschafts- oder Gartenbauverband, eine Bürgervereinigung oder eine Organisation, die ausschließlich zur Wohlfahrtsförderung betrieben wird.
- Er ist in seinem Ansässigkeitsstaat von der Einkommensteuer befreit.

3. Er hat keine Anteilseigner oder Mitglieder, die Eigentums- oder Nutzungsrechte an seinen Einkünften oder Vermögenswerten haben.

4. Nach dem geltenden Recht des Ansässigkeitsstaats oder den Gründungsunterlagen des NFE dürfen seine Einkünfte und Vermögenswerte nicht an eine Privatperson oder einen nicht gemeinnützigen Rechtsträger ausgeschüttet oder zu deren Gunsten verwendet werden, außer in Übereinstimmung mit der Ausübung der gemeinnützigen Tätigkeit des NFE, als Zahlung einer angemessenen Vergütung für erbrachte Leistungen oder als Zahlung in Höhe des Marktwerts eines vom NFE erworbenen Vermögensgegenstands.

5. Nach dem geltenden Recht des Ansässigkeitsstaats oder den Gründungsunterlagen des NFE müssen bei seiner Abwicklung oder Auflösung alle seine Vermögenswerte an einen staatlichen Rechtsträger oder eine andere gemeinnützige Organisation verteilt werden oder fallen der Regierung des Ansässigkeitsstaats des NFE oder einer seiner Gebietskörperschaften anheim.

Ein **passiver NFE** ist ein NFE, der kein aktiver NFE ist, oder ein Investmentunternehmen, das kein Finanzinstitut eines teilnehmenden Staates ist.

**Investmentunternehmen** wird hier verwendet für einen Rechtsträger, dessen Bruttoeinkünfte vorwiegend der Anlage oder der Wiederanlage von oder dem Handel mit Finanzvermögen zuzurechnen sind, wenn der Rechtsträger von einem Einlageninstitut, einem Verwahrinstitut, einer spezifizierten Versicherungsgesellschaft oder einem Rechtsträger verwaltet wird, welcher gewerblich vorwiegend eine oder mehrere der folgenden Tätigkeiten für einen Kunden ausübt oder der Rechtsträger selbst gewerblich vorwiegend eine oder mehrere der folgenden Tätigkeiten für einen Kunden ausübt:

a) den Handel mit Geldmarktinstrumenten (zum Beispiel Schecks, Wechsel, Einlagenzertifikate, Derivate), Devisen, Wechselkursinstrumenten, Zinsinstrumenten und Indexinstrumenten, übertragbaren Wertpapieren oder die Vornahme von Warentermingeschäften,

b) die individuelle und kollektive Vermögensverwaltung oder

c) sonstige Arten der Anlage oder Verwaltung von Finanzvermögen oder Kapital im Auftrag Dritter.

Ein Rechtsträger übt gewerblich vorwiegend eine oder mehrere dieser beschriebenen Tätigkeiten aus beziehungsweise die Bruttoeinkünfte eines Rechtsträgers sind vorwiegend der Anlage oder Wiederanlage von Finanzvermögen oder dem Handel damit zuzurechnen, wenn die den entsprechenden Tätigkeiten zuzurechnenden Bruttoeinkünfte des Rechtsträgers mindestens 50 % der Bruttoeinkünfte des Rechtsträgers entsprechen, und zwar entweder

a) während des dreijährigen Zeitraums, der am 31. Dezember des Jahres vor dem Bestimmungsjahr endet, oder

b) während des Zeitraums des Bestehens des Rechtsträgers, je nachdem, welcher Zeitraum kürzer ist.

Der Ausdruck Investmentunternehmen umfasst nicht einen Rechtsträger, bei dem es sich aufgrund der Erfüllung der Kriterien d) bis g) um einen aktiven NFE handelt. Die Kriterien sind auf eine Weise auszulegen, die mit dem ähnlichen Wortlaut der Definition von Finanzinstituten in den Empfehlungen der Arbeitsgruppe »finanzielle Maßnahmen gegen Geldwäsche« FATF – Financial Action Task Force on Money Laundering vereinbar ist.

**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

## Tarifbeschreibung

<b>WWK Premium FondsRente Kids 2.0</b>	<b>FV23 Kids</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>› Fondsgebundene Rentenversicherung</li><li>› Aufgeschobener Rentenbeginn</li><li>› Laufende Beitragszahlung</li><li>› Beitragsrückgewähr bei Tod vor Rentenbeginn (bis Alter 7 Jahre max. 8.000 EUR)</li><li>› Wählbarer Todesfallschutz während der Rentenphase</li></ul>
<b>WWK Protect Kids</b>	<b>FVG22 Kids</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>› Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie</li><li>› Aufgeschobener Rentenbeginn</li><li>› Laufende Beitragszahlung</li><li>› Auszahlung des Gesamtguthabens bei Tod vor Rentenbeginn (bis Alter 7 Jahre max. 8.000 EUR)</li><li>› Wählbarer Todesfallschutz während der Rentenphase</li></ul>

NT Normaltarif R1/R2/G1 Kollektivtarif

**Dynamik** Zu Beginn jedes Versicherungsjahres wird der Beitrag gemäß den »Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung« erhöht. Durch Einschluss der Dynamik erhöht sich der Beitrag jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Es ist eine Dynamik von 3 % vorbelegt.  
Die Beitragserhöhung bewirkt – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine Erhöhung aller tariflichen Versicherungsleistungen.

## Risikoklassen

<b>Risikoklasse 1 sicherheitsorientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>› Stetige Wertentwicklung, gesicherte Ertragsersparung</li><li>› Kurzfristige geringe Kursschwankungen möglich, aber mittel-/langfristig kein Kapitalverlust</li><li>› Chance: Marktgerechte Verzinsung, die in der Regel über der von Spar- und Festgeldanlagen liegt</li></ul>	z. B. Geldmarktfonds, geldmarktnahe Fonds
<b>Risikoklasse 2 konservativ</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>› Höhere Erträge, mögliche Kursgewinne</li><li>› Kursrisiken aus Zins- und Währungsschwankungen möglich, geringe Bonitätsrisiken (d. h. Kapitalverlust unwahrscheinlich)</li><li>› Chance: Marktgerechte Verzinsung, die über der von festverzinslichen Wertpapieren liegt</li></ul>	z. B. Rentenfonds, international anlegende Rentenfonds überwiegend in Hartwährung, offene Immobilienfonds
<b>Risikoklasse 3 gewinnorientiert</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>› Kapitalzuwachs überwiegend aus Aktienmarkt-, Rentenmarkt- und Währungschancen</li><li>› Verlustrisiken aus möglichen Aktien-, Zins- und Währungsschwankungen</li><li>› Bonitätsrisiken</li><li>› Chance: Erwirtschaftung einer langfristig höheren Rendite durch kursgewinnorientierte Anlagen</li></ul>	z. B. internationale Rentenfonds mit Bonitätsrisiken, deutsche Aktienfonds, internationale Aktienfonds
<b>Risikoklasse 4 risikobewusst</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>› Überdurchschnittlich hohe Ertragsersparungen</li><li>› Vermögenszuwachs vorrangig aus Marktchancen</li><li>› Hohe Verlustrisiken aus möglichen Aktien-, Zins- und Währungsschwankungen</li><li>› Höhere Bonitätsrisiken</li><li>› Chance: Erzielung von hohen Kursgewinnen</li></ul>	z. B. Regionen- und Branchenfonds, Emerging Markets Fonds, Rentenfonds mit höherem Risikoprofil

WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit  
Vorstand: Jürgen Schrameier (V.), Rainer Gebhart (stv. V.), Dirk Fassott  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Frank Schindelbauer  
Sitz München · Registergericht München HR B 211

WWK Allgemeine Versicherung AG  
Vorstand: Jürgen Schrameier (V.), Rainer Gebhart (stv. V.), Dirk Fassott  
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Prof. Dr. Peter Reiff  
Sitz München · Registergericht München HR B 5553