

Allgemeine
WWK Unfallversicherung *invest*



WWK

Eine starke Gemeinschaft

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



Eine starke Gemeinschaft

WWK Unfallversicherung *invest*

Antrag zum Abschluss einer Versicherung

Abschlussvermittler	<table border="1"> <tr> <td>Ast.-Nr.</td> <td>AV.-Nr.</td> <td>Aktions-Nr.</td> <td>Agentur</td> <td>Antragsnummer</td> <td>Fremdordnungsbegriff</td> </tr> <tr> <td>Beantragtes Risiko*</td> <td>Prov.-Btr.</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>	Ast.-Nr.	AV.-Nr.	Aktions-Nr.	Agentur	Antragsnummer	Fremdordnungsbegriff	Beantragtes Risiko*	Prov.-Btr.																																
Ast.-Nr.	AV.-Nr.	Aktions-Nr.	Agentur	Antragsnummer	Fremdordnungsbegriff																																				
Beantragtes Risiko*	Prov.-Btr.																																								
* bitte der Aktennummer zuordnen																																									
Versicherungsnehmer/-in und versicherte Person (VN = VP)	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Titel</td> <td><input type="checkbox"/> weiblich</td> <td><input type="checkbox"/> männlich</td> <td colspan="2">Wohnhaft in der EU seit</td> <td></td> <td>Jahren</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name</td> <td colspan="5">Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> <td colspan="2">Geburtsort</td> <td colspan="4">Geburtsland</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1. Staatsangehörigkeit</td> <td colspan="2">2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)</td> <td colspan="4">3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)</td> </tr> <tr> <td colspan="8">Steueridentifikationsnummer</td> </tr> </table>	Titel		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Wohnhaft in der EU seit			Jahren	Name			Vorname					Geburtsdatum TT/MM/JJJJ		Geburtsort		Geburtsland				1. Staatsangehörigkeit		2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)		3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)				Steueridentifikationsnummer							
Titel		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Wohnhaft in der EU seit			Jahren																																		
Name			Vorname																																						
Geburtsdatum TT/MM/JJJJ		Geburtsort		Geburtsland																																					
1. Staatsangehörigkeit		2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)		3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden)																																					
Steueridentifikationsnummer																																									
Anschrift Versicherungsnehmer/-in (VN)	<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Straße und Hausnummer</td> <td colspan="3">Telefon (tagsüber erreichbar)*</td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Wohnort</td> <td>Länderkennz.</td> <td colspan="4">Fax-Nummer*</td> </tr> <tr> <td colspan="8">Adresszusatz</td> </tr> </table>	Straße und Hausnummer			Telefon (tagsüber erreichbar)*			PLZ	Wohnort	Länderkennz.	Fax-Nummer*				Adresszusatz																										
Straße und Hausnummer			Telefon (tagsüber erreichbar)*																																						
PLZ	Wohnort	Länderkennz.	Fax-Nummer*																																						
Adresszusatz																																									
* siehe Datenschutzerklärung auf Rückseite																																									
Einwilligungserklärung	<p>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:</p> <p><input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Mobilnummer <input type="checkbox"/> Fax-Nummer <input type="checkbox"/> E-Mail</p> <p>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.</p>																																								
Versicherungsbeginn/-ende	<table border="1"> <tr> <td>Beginn - TT/MM/JJJJ</td> <td>Ende - TT/MM/JJJJ</td> <td>Beginn und Ende mittags 12 Uhr</td> </tr> <tr> <td>01</td> <td>01</td> <td>Siehe Ziffer 1.2 auf der Rückseite</td> </tr> </table>	Beginn - TT/MM/JJJJ	Ende - TT/MM/JJJJ	Beginn und Ende mittags 12 Uhr	01	01	Siehe Ziffer 1.2 auf der Rückseite																																		
Beginn - TT/MM/JJJJ	Ende - TT/MM/JJJJ	Beginn und Ende mittags 12 Uhr																																							
01	01	Siehe Ziffer 1.2 auf der Rückseite																																							
Zu versichernde Person (VP)	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">falls nicht Antragsteller/-in</td> <td colspan="2">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> <td><input type="checkbox"/> weiblich</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Titel, Name, Vorname</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Beruf/Tätigkeit zurzeit</td> </tr> </table>	falls nicht Antragsteller/-in		Geburtsdatum TT/MM/JJJJ		<input type="checkbox"/> weiblich	Titel, Name, Vorname					Beruf/Tätigkeit zurzeit																													
falls nicht Antragsteller/-in		Geburtsdatum TT/MM/JJJJ		<input type="checkbox"/> weiblich																																					
Titel, Name, Vorname																																									
Beruf/Tätigkeit zurzeit																																									
Gefahrengruppe	<p><input type="checkbox"/> nicht handwerklich/körperlich tätig <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich tätig <input type="checkbox"/> Kind</p>																																								
Leistungspaket	<p><input type="checkbox"/> Standard 500 <input type="checkbox"/> Standard 1000 <input type="checkbox"/> Premium</p>																																								
Versicherungssummen	<table border="1"> <tr> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> <td>EUR</td> </tr> <tr> <td>Invalditätssumme (Grundsumme)</td> <td>Invalditätssumme (Vollinvalidität)</td> <td>Todesfallsumme</td> <td>UKT inkl. Genesungsgeld (nur im Premiumpaket)</td> </tr> </table>	EUR	EUR	EUR	EUR	Invalditätssumme (Grundsumme)	Invalditätssumme (Vollinvalidität)	Todesfallsumme	UKT inkl. Genesungsgeld (nur im Premiumpaket)																																
EUR	EUR	EUR	EUR																																						
Invalditätssumme (Grundsumme)	Invalditätssumme (Vollinvalidität)	Todesfallsumme	UKT inkl. Genesungsgeld (nur im Premiumpaket)																																						

Bezugsberechtigung

Bezugsberechtigte/r für die Leistungen aus dem Vertrag

a) im Erlebensfall der/die Versicherungsnehmer/-in

b) (nur ausfüllen, wenn a) nicht gewünscht wird)

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Anteil %

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Anteil %

c) im Todesfall der versicherten Person der dann mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte

d) (nur ausfüllen, wenn c) nicht gewünscht wird)

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Anteil %

Titel, Name, Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Anteil %

Anlagemöglichkeiten

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

Hinweis:
Die Aufteilung muss 100% betragen. Es sind nur ganze Prozentsätze möglich.

Ablaufmanagement

Intervallabhängiges Ablaufmanagement ja nein

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

Anlagen

Anlagen anbei. Es handelt sich um folgende:

Besondere Vereinbarungen

Zahlungsweise

monatlich

Beitrag inkl. Versicherungssteuer EUR

Geldwäschegesetz Legitimation

Die Angaben zur Identität des VN habe ich (AV) mit dem mir vor Ort vorgelegten Ausweisdokument gemäß § 13 GwG geprüft.
Die Kopie des vollständigen Ausweisdokuments (Vorder- und Rückseite) wurde gemäß § 8 (2) GwG von mir angefertigt und liegt dem Antrag bei.

Personalausweis Reisepass

Nummer Ausstellungsbehörde gültig bis TT/MM/JJJJ

Wirtschaftlich Berechtigter

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen:

auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.

nicht auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt. (*)

(*) Zur Identifizierung eines Dritten bei natürlichen Personen Formblatt 1011 und bei juristischen Personen Formblatt 1010 verwenden.

Beitragszahlung	<p style="text-align: right;">SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen Gläubiger-Identifikations-Nr. DE11WWK0000069126</p> <p>Ich ermächtige die WWK Allgemeine Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die von den WWK Versicherungen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Die Mandatsreferenznummer wird mir nachträglich mitgeteilt. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das SEPA-Basis-Lastschriftmandat wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.</p> <p><input type="checkbox"/> Kontoinhaber weicht vom Versicherungsnehmer ab: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma</p> <p>Titel, Name, Vorname <input type="text"/></p> <p>Geburtsdatum TT / MM / JJJJ <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Staatsangehörigkeit <input type="text"/></p> <p>Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz) <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort (Hauptwohnsitz) <input type="text"/></p> <p>Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts <input type="text"/></p> <p>IBAN <input type="text"/></p> <p>Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!</p> <p>Datum TT / MM / JJJJ <input type="text"/> Unterschrift Kontoinhaber/-in <input checked="" type="checkbox"/></p>
Wichtiger Hinweis	<p>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.</p>
Kundeninformation	<p>Rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags wurden folgende Unterlagen in nachstehender Reihenfolge in Textform an mich ausgehändigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> › Produktinformationsblatt › Wichtiger Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht › Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen › Merkblatt zur Datenverarbeitung › Datenschutzrechtlicher Hinweis › Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung <i>invest</i> (AVB UVI Standard)* › Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung <i>invest</i> (AVB UVI-Premium)* › Besondere Bedingungen für die passive Anlagestrategie › Beratungsprotokoll/Verzichtserklärung › Antrag WWK Unfallversicherung <i>invest</i>
Wichtiger Hinweis zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und die Rechtsfolgen	<p>Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,</p> <p>damit die WWK Ihnen Versicherungsschutz anbieten kann, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.</p> <p>Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht entnehmen Sie unserem Hinweisblatt »Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht«.</p>
Informationen gemäß VVG-InfoV	<p>Ich habe alle Informationen gemäß Informationspflichten-Verordnung (VVG-InfoV) erhalten.</p>
Schlussklärung	<p>Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Erklärungen und Hinweise auf der Rückseite des Antrags. Diese enthalten unter anderem Ermächtigungen des Antragstellers zu Vorversicherungsanfragen sowie zur Datenverarbeitung. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie die geltenden Erklärungen und Hinweise zum Inhalt dieses Antrags.</p> <p>In die auf der Rückseite in der Rubrik »Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung« abgedruckte Verwendung meiner personenbezogenen Daten willige ich ein.</p>
Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen und Vertragsunterschriften	<p>Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen</p> <p>Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der WWK Allgemeine Versicherung AG</p> <p>I. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</p> <p>II. Datenweitergabe an Rückversicherungen</p> <p>III. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler</p> <p>IV. Datenweitergabe zur Bonitätsprüfung</p> <p>› Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die umseitig abgegebenen Erklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe sowie die Kundeninformation rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags in Textform erhalten habe und stimme zu, dass – rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt – der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.</p> <p>› Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.</p> <p style="text-align: right;">Ort <input type="text"/> Datum TT / MM / JJJJ <input type="text"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Unterschrift Antragsteller/-in <small>(falls nicht Antragsteller/-in persönlich unterschreibt, muss der Bevollmächtigte vollständig identifiziert werden – Formblatt 1011 verwenden)</small></p> <p>Unterschrift aller gesetzlichen Vertreter, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist</p> <p>Unterschrift zu versichernde Person, falls nicht Antragsteller/-in</p> <p>Unterschrift Antragsvermittler/-in <small>Die richtige/n Person/en hat/haben in meiner Gegenwart unterschrieben.</small></p> <p>Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.</p>
Hinweis: Nähere Informationen siehe »Wichtige allgemeine Informationen« auf den folgenden Seiten.	

1. Wichtige allgemeine Informationen zur beantragten Versicherung

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

Als Unternehmen der 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/datenschutz/schweigepflichtentbindung-lebensversicherung/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 die 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 Auskunft (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) gemacht.

VI. Deckungszusage

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

VII. Vorversicherungen

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

VIII. Versicherungsteuer/Gebühren

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

IX. Folgebeiträge

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

X. Zahlungsweise

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

XI. Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Wir sind bereit und verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitbeilegungsverfahren in Anspruch nehmen. Sie können Ihre Anfragen richten an: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de. Wir nehmen an Streitbeilegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teil. Hiervon unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

2. Wichtige Informationen zur beantragten WWK Unfallversicherung *invest*

2.1 Vertragsgrundlagen

Dem Vertrag liegen die »Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung *invest* (AVB UVI-Standard bzw. AVB UVI-Premium)« zugrunde.

2.2 Versicherungsformen/Versicherungssummen

Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die umseitig genannten Versicherungssummen.

2.3 Beitrag/Gefahrengruppen

Der Beitrag wird bei Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres durch die Gefahrengruppe bestimmt, in welche die versicherte Person entsprechend 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. Entsprechend der neuen Berufstätigkeit werden – ausgehend von dem mit uns vereinbarten Beitrag – die Versicherungssummen neu berechnet.