

# Allgemeine WWK Unfallversicherung



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](mailto:info@wwk.de)  
[www.wwk.de](http://www.wwk.de)



Eine starke Gemeinschaft

# WWK Unfallversicherung

- Neuantrag
- Ersatz- und Verlängerungsantrag  
zur Versicherungsnummer

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

<b>Abschlussvermittler</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Ast.-Nr.</td> <td style="width: 15%;">AV.-Nr.</td> <td style="width: 15%;">Agentur</td> <td style="width: 25%;">Antragsnummer</td> <td style="width: 30%;">Aktions-Nr.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beantragtes Risiko*</td> <td colspan="3">Fremdordnungsbegriff</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td colspan="3" style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">* Bitte der Aktennummer zuordnen.</p>	Ast.-Nr.	AV.-Nr.	Agentur	Antragsnummer	Aktions-Nr.						Beantragtes Risiko*		Fremdordnungsbegriff																											
Ast.-Nr.	AV.-Nr.	Agentur	Antragsnummer	Aktions-Nr.																																					
Beantragtes Risiko*		Fremdordnungsbegriff																																							
<b>Antragsteller/-in = Versicherungsnehmer/-in (VN)</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Titel</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Frau</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Herr</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Firma</td> <td style="width: 20%;">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td colspan="3"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Name</td> <td colspan="4">Vorname</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td colspan="4" style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Titel	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ						Name	Vorname																												
Titel	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Firma	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ																																					
Name	Vorname																																								
<b>Anschrift Versicherungsnehmer/-in (VN)</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Straße und Hausnummer</td> <td style="width: 40%;">Telefon (tagsüber erreichbar)*</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Wohnort</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Adresszusatz</td> <td>Fax-Nummer*</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">* siehe Datenschutzerklärung auf Rückseite</p>	Straße und Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)*			PLZ	Wohnort			Adresszusatz	Fax-Nummer*																														
Straße und Hausnummer	Telefon (tagsüber erreichbar)*																																								
PLZ	Wohnort																																								
Adresszusatz	Fax-Nummer*																																								
<b>Versicherungsbeginn VP1</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Beginn - TT/MM/JJJJ</td> <td style="width: 70%;">         Beginn und Ende mittags 12 Uhr  <b>Beginn frühestens am Tag des Antragsingangs in der Zentraldirektion München.</b> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>	Beginn - TT/MM/JJJJ	Beginn und Ende mittags 12 Uhr <b>Beginn frühestens am Tag des Antragsingangs in der Zentraldirektion München.</b>																																						
Beginn - TT/MM/JJJJ	Beginn und Ende mittags 12 Uhr <b>Beginn frühestens am Tag des Antragsingangs in der Zentraldirektion München.</b>																																								
<b>Zu versichernde Person (VP) VP1</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">falls nicht Antragsteller/in</td> <td style="width: 30%;">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Titel, Name, Vorname</td> <td><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beruf/Tätigkeit zurzeit</td> <td><input type="checkbox"/> nicht handwerklich/körperlich tätig <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich tätig</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	falls nicht Antragsteller/in	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ			Titel, Name, Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich			Beruf/Tätigkeit zurzeit	<input type="checkbox"/> nicht handwerklich/körperlich tätig <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich tätig																														
falls nicht Antragsteller/in	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ																																								
Titel, Name, Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich																																								
Beruf/Tätigkeit zurzeit	<input type="checkbox"/> nicht handwerklich/körperlich tätig <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich tätig																																								
<b>Versicherungsumfang VP1</b>	<p><b>Deckungspaket</b>    <input type="checkbox"/> WWK Unfallversicherung    <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <i>plus</i>    <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <i>plus</i> Xtra</p> <p><b>Progression</b>    <input type="checkbox"/> ohne Progression    <input type="checkbox"/> 225%    <input type="checkbox"/> 350%*    <input type="checkbox"/> 600%*    <b>oder</b>    <input type="checkbox"/> 500%*    <input type="checkbox"/> 1.000%*</p> <p><b>Gliedertaxe</b>  <input type="checkbox"/> basis    <input type="checkbox"/> plus    <input type="checkbox"/> max* (nur bei Auswahl »ohne Progression«)</p> <p>*maximales Eintrittsalter 74 Jahre</p> <p><b>Hinausgeschobener Leistungsbeginn</b>    <input type="checkbox"/> 25% Invalidität    <input type="checkbox"/> 50% Invalidität</p> <p>Altersgruppe 0-74 nur mit Mehrleistung    Altersgruppe ab 75 nur 25% hinausgeschobener Leistungsbeginn in Verbindung mit 225% Progression</p> <hr/> <p><b>Versicherungssummen</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">EUR</td> <td style="width: 25%;">EUR</td> <td style="width: 25%;">EUR</td> <td style="width: 25%;">EUR</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Invaliditätsleistung (Grundsumme)</td> <td>Invaliditätsleistung (Höchstbetrag)</td> <td>Todesfallleistung</td> <td>Unfallrente</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Übergangsleistung/Sofortleistung</td> <td>Schmerzensgeld</td> <td colspan="2">Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td><b>Tagegeld</b> (Eintrittsalter 18 bis 67 Jahre)</td> <td>EUR</td> <td><b>Tagegeld ab</b></td> <td><input type="checkbox"/> 43. Tag    <input type="checkbox"/> 29. Tag (gilt nur für Selbstständige/Freiberufler)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td><b>Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten*</b></td> <td>EUR</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Unfallschutzbrief nicht gewünscht</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td colspan="2" style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="font-size: x-small;">* maximales Eintrittsalter 74 Jahre</p>	EUR	EUR	EUR	EUR					Invaliditätsleistung (Grundsumme)	Invaliditätsleistung (Höchstbetrag)	Todesfallleistung	Unfallrente					Übergangsleistung/Sofortleistung	Schmerzensgeld	Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld						<b>Tagegeld</b> (Eintrittsalter 18 bis 67 Jahre)	EUR	<b>Tagegeld ab</b>	<input type="checkbox"/> 43. Tag <input type="checkbox"/> 29. Tag (gilt nur für Selbstständige/Freiberufler)					<b>Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten*</b>	EUR	<input type="checkbox"/> Unfallschutzbrief nicht gewünscht					
EUR	EUR	EUR	EUR																																						
Invaliditätsleistung (Grundsumme)	Invaliditätsleistung (Höchstbetrag)	Todesfallleistung	Unfallrente																																						
Übergangsleistung/Sofortleistung	Schmerzensgeld	Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld																																							
<b>Tagegeld</b> (Eintrittsalter 18 bis 67 Jahre)	EUR	<b>Tagegeld ab</b>	<input type="checkbox"/> 43. Tag <input type="checkbox"/> 29. Tag (gilt nur für Selbstständige/Freiberufler)																																						
<b>Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten*</b>	EUR	<input type="checkbox"/> Unfallschutzbrief nicht gewünscht																																							



<b>Versicherungsbeginn</b> <b>VP 2</b>	Beginn - TT / MM / JJJJ <input type="text"/> Beginn und Ende mittags 12 Uhr <b>Beginn frühestens am Tag des Antragsingangs in der Zentralkdirektion München.</b>
<b>Zu versichernde Person (VP)</b> <b>VP 2</b>	falls nicht Antragsteller/in Titel, Name, Vorname <input type="text"/> Beruf/Tätigkeit zurzeit <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> <b>nicht</b> handwerklich/körperlich tätig <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich tätig
<b>Versicherungsumfang</b> <b>VP 2</b>	<b>Deckungspaket</b> <input type="checkbox"/> WWK Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <i>plus</i> <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <i>plus</i> Xtra <b>Progression</b> <input type="checkbox"/> ohne Progression <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350%* <input type="checkbox"/> 600%* <b>oder</b> <b>Mehrleistung</b> <input type="checkbox"/> 500%* <input type="checkbox"/> 1.000%* <b>Gliedertaxe</b> <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> max* (nur bei Auswahl »ohne Progression«) *maximales Eintrittsalter 74 Jahre <b>Hinausgeschobener Leistungsbeginn</b> <input type="checkbox"/> 25% Invalidität <input type="checkbox"/> 50% Invalidität Altersgruppe 0-74 nur mit Mehrleistung Altersgruppe ab 75 nur 25% hinausgeschobener Leistungsbeginn in Verbindung mit 225% Progression <hr/> <b>Versicherungssummen</b> EUR <input type="text"/> Invaliditätsleistung (Grundsomme) EUR <input type="text"/> Invaliditätsleistung (Höchstbetrag) EUR <input type="text"/> Todesfallleistung EUR <input type="text"/> Unfallrente EUR <input type="text"/> Übergangsleistung/Sofortleistung EUR <input type="text"/> Schmerzensgeld EUR <input type="text"/> Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld <b>Tagegeld</b> (Eintrittsalter 18 bis 67 Jahre) EUR <input type="text"/> <b>Tagegeld ab</b> <input type="checkbox"/> 43. Tag <input type="checkbox"/> 29. Tag (gilt nur für Selbstständige/Freiberufler) <b>Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten*</b> EUR <input type="text"/> *maximales Eintrittsalter 74 Jahre <input type="checkbox"/> <b>Unfallschutzbrief nicht gewünscht</b>
<b>Versicherungsbeginn</b> <b>VP 3</b>	Beginn - TT / MM / JJJJ <input type="text"/> Beginn und Ende mittags 12 Uhr <b>Beginn frühestens am Tag des Antragsingangs in der Zentralkdirektion München.</b>
<b>Zu versichernde Person (VP)</b> <b>VP 3</b>	falls nicht Antragsteller/in Titel, Name, Vorname <input type="text"/> Beruf/Tätigkeit zurzeit <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> <b>nicht</b> handwerklich/körperlich tätig <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich tätig
<b>Versicherungsumfang</b> <b>VP 3</b>	<b>Deckungspaket</b> <input type="checkbox"/> WWK Unfallversicherung <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <i>plus</i> <input type="checkbox"/> Unfallversicherung <i>plus</i> Xtra <b>Progression</b> <input type="checkbox"/> ohne Progression <input type="checkbox"/> 225% <input type="checkbox"/> 350%* <input type="checkbox"/> 600%* <b>oder</b> <b>Mehrleistung</b> <input type="checkbox"/> 500%* <input type="checkbox"/> 1.000%* <b>Gliedertaxe</b> <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> plus <input type="checkbox"/> max* (nur bei Auswahl »ohne Progression«) *maximales Eintrittsalter 74 Jahre <b>Hinausgeschobener Leistungsbeginn</b> <input type="checkbox"/> 25% Invalidität <input type="checkbox"/> 50% Invalidität Altersgruppe 0-74 nur mit Mehrleistung Altersgruppe ab 75 nur 25% hinausgeschobener Leistungsbeginn in Verbindung mit 225% Progression <hr/> <b>Versicherungssummen</b> EUR <input type="text"/> Invaliditätsleistung (Grundsomme) EUR <input type="text"/> Invaliditätsleistung (Höchstbetrag) EUR <input type="text"/> Todesfallleistung EUR <input type="text"/> Unfallrente EUR <input type="text"/> Übergangsleistung/Sofortleistung EUR <input type="text"/> Schmerzensgeld EUR <input type="text"/> Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld <b>Tagegeld</b> (Eintrittsalter 18 bis 67 Jahre) EUR <input type="text"/> <b>Tagegeld ab</b> <input type="checkbox"/> 43. Tag <input type="checkbox"/> 29. Tag (gilt nur für Selbstständige/Freiberufler) <b>Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten*</b> EUR <input type="text"/> *maximales Eintrittsalter 74 Jahre <input type="checkbox"/> <b>Unfallschutzbrief nicht gewünscht</b>
<b>Versicherungsbeginn</b> <b>VP 4</b>	Beginn - TT / MM / JJJJ <input type="text"/> Beginn und Ende mittags 12 Uhr <b>Beginn frühestens am Tag des Antragsingangs in der Zentralkdirektion München.</b>
<b>Zu versichernde Person (VP)</b> <b>VP 4</b>	falls nicht Antragsteller/in Titel, Name, Vorname <input type="text"/> Beruf/Tätigkeit zurzeit <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> <b>nicht</b> handwerklich/körperlich tätig <input type="checkbox"/> handwerklich/körperlich tätig

**Versicherungsumfang  
VP 4**

**Deckungspaket**  **WWK Unfallversicherung**  **Unfallversicherung plus**  **Unfallversicherung plus Xtra**  
**Progression**  ohne Progression  225%  350%\*  600%\* **oder** **Mehrleistung**  500%\*  1.000%\*  
**Gliedertaxe**  
 basis  plus  max\* (nur bei Auswahl »ohne Progression«)  
 \*maximales Eintrittsalter 74 Jahre  
**Hinausgeschobener Leistungsbeginn**  25% Invalidität  50% Invalidität  
 Altersgruppe 0-74 nur mit Mehrleistung  
 Altersgruppe ab 75 nur 25% hinausgeschobener Leistungsbeginn in Verbindung mit 225% Progression

**Versicherungssummen**

EUR  Invaliditätsleistung (Grundsomme) EUR  Invaliditätsleistung (Höchstbetrag) EUR  Todesfallleistung EUR  Unfallrente  
 EUR  Übergangsleistung/Sofortleistung EUR  Schmerzensgeld EUR  Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld  
**Tagegeld** (Eintrittsalter 18 bis 67 Jahre) EUR  **Tagegeld ab**  43. Tag  29. Tag (gilt nur für Selbstständige/Freiberufler)  
**Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten\*** EUR  \*maximales Eintrittsalter 74 Jahre  **Unfallschutzbrief nicht gewünscht**

**Versicherungsbeginn  
VP 5**

Beginn - TT/MM/JJJJ  Beginn und Ende mittags 12 Uhr  
**Beginn frühestens am Tag des Antragseingangs in der Zentralklinik München.**

**Zu versichernde Person (VP)  
VP 5**

falls nicht Antragsteller/in Geburtsdatum TT/MM/JJJJ   
 Titel, Name, Vorname   weiblich  männlich  
 Beruf/Tätigkeit zurzeit   **nicht handwerklich/körperlich tätig**  
 handwerklich/körperlich tätig

**Versicherungsumfang  
VP 5**

**Deckungspaket**  **WWK Unfallversicherung**  **Unfallversicherung plus**  **Unfallversicherung plus Xtra**  
**Progression**  ohne Progression  225%  350%\*  600%\* **oder** **Mehrleistung**  500%\*  1.000%\*  
**Gliedertaxe**  
 basis  plus  max\* (nur bei Auswahl »ohne Progression«)  
 \*maximales Eintrittsalter 74 Jahre  
**Hinausgeschobener Leistungsbeginn**  25% Invalidität  50% Invalidität  
 Altersgruppe 0-74 nur mit Mehrleistung  
 Altersgruppe ab 75 nur 25% hinausgeschobener Leistungsbeginn in Verbindung mit 225% Progression

**Versicherungssummen**

EUR  Invaliditätsleistung (Grundsomme) EUR  Invaliditätsleistung (Höchstbetrag) EUR  Todesfallleistung EUR  Unfallrente  
 EUR  Übergangsleistung/Sofortleistung EUR  Schmerzensgeld EUR  Unfall-Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld  
**Tagegeld** (Eintrittsalter 18 bis 67 Jahre) EUR  **Tagegeld ab**  43. Tag  29. Tag (gilt nur für Selbstständige/Freiberufler)  
**Sofortige Einmalzahlung bei schweren Krankheiten\*** EUR  \*maximales Eintrittsalter 74 Jahre  **Unfallschutzbrief nicht gewünscht**

**Gesundheitsfragen  
Altersgruppe  
0 - 17 Jahre**

(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?  
**VP 1**  ja  nein **VP 2**  ja  nein **VP 3**  ja  nein **VP 4**  ja  nein **VP 5**  ja  nein

2. Wurden bei den Vorsorge-Untersuchungen für das zu versichernde Kind gesundheitliche Beeinträchtigungen/Auffälligkeiten festgestellt?  
 ja  nein **VP 2**  ja  nein **VP 3**  ja  nein **VP 4**  ja  nein **VP 5**  ja  nein  
 Wenn ja, bitte Kopie des Eintrags im Untersuchungsheft beifügen. Kopie des Eintrags im Untersuchungsheft beifügt?  
**VP 1**  ja  nein **VP 2**  ja  nein **VP 3**  ja  nein **VP 4**  ja  nein **VP 5**  ja  nein

3. Ist eine Erst- oder Auffrischungsimpfung nach den Impfpfehlungen unterblieben? Wenn ja, welche?  
**VP 1**  ja  nein  Kinderlähmung  Masern  Diphterie  Tetanus  Mumps  Röteln  Keuchhusten  
**VP 2**  ja  nein  Kinderlähmung  Masern  Diphterie  Tetanus  Mumps  Röteln  Keuchhusten  
**VP 3**  ja  nein  Kinderlähmung  Masern  Diphterie  Tetanus  Mumps  Röteln  Keuchhusten  
**VP 4**  ja  nein  Kinderlähmung  Masern  Diphterie  Tetanus  Mumps  Röteln  Keuchhusten  
**VP 5**  ja  nein  Kinderlähmung  Masern  Diphterie  Tetanus  Mumps  Röteln  Keuchhusten

4. Wurde das zu versichernde Kind in den letzten 10 Jahren stationär behandelt (ausgenommen Geburt)? Wenn ja, wann, weshalb, Folgen?  
**VP 1**  ja  nein   
**VP 2**  ja  nein

**Gesundheitsfragen  
Altersgruppe  
0 - 17 Jahre**

(Fortsetzung)

VP 3  ja  nein

VP 4  ja  nein

VP 5  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?

VP 1  ja  nein

VP 2  ja  nein

VP 3  ja  nein

VP 4  ja  nein

VP 5  ja  nein

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

**Gesundheitsfragen  
Altersgruppe  
18 - 74**

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

1. Wurden bei einer der zu versichernden Personen jemals eine oder mehrere der nachgenannten Krankheiten festgestellt, behandelt oder dafür Medikamente verordnet?

VP 1  ja  nein  Krebs  Präkanzerosen (Krebsvorstufen)  Gehirntumoren  ALS

VP 2  ja  nein  Krebs  Präkanzerosen (Krebsvorstufen)  Gehirntumoren  ALS

VP 3  ja  nein  Krebs  Präkanzerosen (Krebsvorstufen)  Gehirntumoren  ALS

VP 4  ja  nein  Krebs  Präkanzerosen (Krebsvorstufen)  Gehirntumoren  ALS

VP 5  ja  nein  Krebs  Präkanzerosen (Krebsvorstufen)  Gehirntumoren  ALS

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

**Bezugsberechtigung**

Im Todesfall gilt die gesetzliche Erbfolge als vereinbart (gilt nicht für die Rentengarantie im Todesfall, siehe zugrunde liegende AUB).

**Dynamik**

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

**Versicherungsdauer**

3 Jahre  1 Jahr  
Mit Ablauf der Vertragslaufzeit verlängert sich das Versicherungsverhältnis um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung zugegangen ist.

**Zahlungsweise**

Ihr Versicherungsbeitrag ist zu Vertragsbeginn fällig und jeweils für das laufende Versicherungsjahr im Voraus zu zahlen. Gerne räumen wir Ihnen eine Teilzahlungsmöglichkeit ein. Nachdem in diesem Fall jedoch höhere Kosten für die Verwaltung Ihres Vertrages entstehen, werden dem ermittelten Jahresbeitrag Zuschlagssätze hinzugerechnet.

½-jährlich  ¼-jährlich  1/12-jährlich  1/24-jährlich

**Gesamtbeitrag**

\_\_\_\_\_ gemäß Zahlungsweise (inkl. Versicherungssteuer) ➔ EUR \_\_\_\_\_

**Vorversicherungen**

Bestehen oder bestanden für die zu versichernde/n Person/en bereits gleichartige Versicherungen?  ja  nein

Versicherer	Vertrags-Nr.	gekündigt von	ungekündigt
_____	_____	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VU	<input type="checkbox"/>
Versicherer	Vertrags-Nr.	gekündigt von	ungekündigt
_____	_____	<input type="checkbox"/> VN <input type="checkbox"/> VU	<input type="checkbox"/>

Weitere Vorversicherungen bitte bei »Besondere Vereinbarungen« vermerken.

**Vorschäden**

Sind Schäden in den letzten 5 Jahren eingetreten?  ja  nein

Anzahl	Beschreibung	Schadenhöhe in EUR
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Beantwortung auch erforderlich, wenn keine Vorversicherung bestand.

**Besondere Vereinbarungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

**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 Allgemeine Versicherung AG, Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die WWK Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Die WWK Allgemeine Versicherung AG 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 Assistance-Gesellschaften 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 Allgemeine Versicherung AG
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der WWK Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG:**

Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG 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 Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die WWK Allgemeine Versicherung AG 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**

VP 1  VP 2  VP 3  VP 4  VP 5

Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG – 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 Allgemeine Versicherung AG übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die WWK Allgemeine Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die WWK Allgemeine Versicherung AG 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**

VP 1  VP 2  VP 3  VP 4  VP 5

Ich wünsche, dass mich die WWK Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die WWK Allgemeine Versicherung AG einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die WWK Allgemeine Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

#### **2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die WWK Allgemeine Versicherung AG 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 Nr. 1 – Möglichkeit I).

## **IV. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der WWK Allgemeine Versicherung AG**

Die WWK Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die WWK Allgemeine Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die WWK Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

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

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

Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der WWK Allgemeine Versicherung AG Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### **3. Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die WWK Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG 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 Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

#### **4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)**

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung 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 ich 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.

#### **5. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die WWK Allgemeine Versicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

(Fortsetzung)

**6. 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 Allgemeine Versicherung AG 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 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.

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

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

Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG 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.

**Schweigepflichtentbindungserklärung für den Hausarzt**

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

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Versicherungsantragsdaten durch die WWK Allgemeine Versicherung AG an den oben genannten Arzt weitergegeben werden und befreie insoweit die für die WWK Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen von der Schweigepflicht.

Ort	Datum TT/MM/JJJJ
-----	------------------

Unterschrift **Antragsteller/-in**  
Falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist, Unterschrift des **gesetzlichen Vertreters**.

Unterschrift zu **versichernde Person (VP 1)**, falls nicht Antragsteller/-in.  
Falls zu versichernde Person minderjährig ist, Unterschrift des **gesetzlichen Vertreters**.

Unterschrift zu **versichernde Person (VP 2)**, falls zu versichernde Person minderjährig ist, Unterschrift des **gesetzlichen Vertreters**.

Unterschrift zu **versichernde Person (VP 3)**, falls zu versichernde Person minderjährig ist, Unterschrift des **gesetzlichen Vertreters**.

Unterschrift zu **versichernde Person (VP 4)**, falls zu versichernde Person minderjährig ist, Unterschrift des **gesetzlichen Vertreters**.

Unterschrift zu **versichernde Person (VP 5)**, falls zu versichernde Person minderjährig ist, Unterschrift des **gesetzlichen Vertreters**.

**Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.**

**Beitragszahlung**

**SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen**

Gläubiger-Identifikations-Nr. **DE11WWK0000069126**

Ich ermächtige die WWK Allgemeine Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein unten genanntes Kreditinstitut an, die von den WWK Versicherungen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. **Hinweis:** Die Mandatsreferenznummer wird mir nachträglich mitgeteilt. Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. 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	
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 <b>Kontoinhaber/-in</b>
------------------	--------------------------------------

**Einwilligungs-  
erklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der WWK Versicherungen, von Unternehmen der WWK Versicherungen beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für folgende Kommunikationswege im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen:

<input type="checkbox"/> Telefon (wie unter Punkt »Anschrift« angegeben)	SMS
<input type="checkbox"/> Fax-Nr. (wie unter Punkt »Anschrift« angegeben)	/
<input type="checkbox"/> für nebenstehende Kontaktdaten	E-Mail

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

**Wichtiger Hinweis**

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





# 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/Inhalte/Unternehmen/Impressum/Datenschutz/Schweigepflichtentbindungserklaerung/index.jsp> angesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

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

#### II. Datenweitergabe an Rückversicherungen

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

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

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Angaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

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

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

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

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

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

#### IV. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

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

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

#### V. Datenweitergabe zur Bonitätsprüfung

Hiermit willige ich darin ein, dass meine allgemeinen personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden zur

➤ Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G. selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder einer 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 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](http://www.versicherungsombudsmann.de)

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

## 2. Wichtige Informationen zur beantragten WWK Unfallversicherung

### 2. Vertragsgrundlagen

Dem Vertrag liegen die »Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB)« zugrunde.

## 3. Tarifbestimmungen zur WWK Unfallversicherung, WWK Unfallversicherung plus und WWK Unfallversicherung plus Xtra

### 3.1 Gefahrengruppenzuordnung

In Ergänzung zu Ziffer 6.2 der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2020) beachten Sie bitte folgende wichtige Hinweise:

Der Beitrag der Unfallversicherung wird bei Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres durch die Gefahrengruppe bestimmt, in welche die versicherte Person entsprechend ihrer Berufstätigkeit einzustufen ist.

Übt die versicherte Person Tätigkeiten der Gefahrengruppe A und B aus, so ist der Beitrag nach B zu berechnen. Es wird nach folgenden Gefahrengruppen unterschieden:

#### 3.1.1 Gefahrengruppe 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 oder Maschinen elektronisch steuern
- Keine berufliche Tätigkeit / Beschäftigung ausüben

Personen, wie

- Rentner, Pensionäre und Schüler ohne körperlich-handwerkliche Berufstätigkeit

#### 3.1.2 Gefahrengruppe B

Personen, die

- körperliche (auch sportliche) oder handwerkliche Berufstätigkeiten verrichten (einschließlich mitarbeitender 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 gemäß Ziffer 6.2.1 AUB 2020 unverzüglich anzuzeigen.

#### 4. Höchstversicherungssummen

Ihre Unfallversicherung sieht folgende Höchstversicherungssummen je Leistungsart vor:

##### Für versicherte Personen der Altersgruppe ab 75

In Ergänzung zu Ziffer 6.1.1 d) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2020) beachten Sie bitte folgende wichtige Hinweise:

Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, gelten folgende Höchstversicherungssummen für die nachfolgend genannten Leistungsarten:

Leistungsart	Höchstversicherungssumme
Invalideitätsleistung (Grundsumme)	100.000 EUR
Todesfallleistung	50.000 EUR
Unfall-Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld	50 EUR

Ihre Versicherungssummen werden zur Hauptfälligkeit, die auf die Vollendung Ihres 75. Lebensjahres folgt, entsprechend angepasst. Über die Vertragsanpassung erhalten Sie einen Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein.

#### 5. Regelungen für die Vereinbarung von Progression, Mehrleistung, Gliedertaxe oder hinausgeschobenem Leistungsbeginn

Für die Vereinbarung einer Progression nach BB2020-01, einer Mehrleistung nach BB2020-02, einer Gliedertaxe nach BB2020-03 oder einem hinausgeschobenen Leistungsbeginn nach BB2020-05 gelten folgende Regelungen:

- › Es kann entweder Progression oder Mehrleistung vereinbart werden.
- › Die Gliedertaxe *max* kann weder mit Progression noch mit Mehrleistung kombiniert werden.
- › Ein hinausgeschobener Leistungsbeginn, kann
  - › in der Altersgruppe 0 – 74 nur mit Mehrleistung
  - › in der Altersgruppe ab 75 nur mit Progression 225% (ausschließlich der hinausgeschobene Leistungsbeginn ab 25% Invalidität) kombiniert werden.