

Zu versichernde Person (VP)	<p>falls nicht Antragsteller/in</p> <p>Titel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/></p> <p>Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/></p>
Gesundheitsfragen	<p>1. Leidet oder litt die versicherte Person (VP) in den letzten 5 Jahren an</p> <p>a. gut- oder bösartigen Tumorerkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>b. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>c. Erkrankungen des Gehirns oder des zentralen Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Formen von Demenz, Parkinson, ALS)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>d. Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z.B. Depressionen, Psychosen, Schizophrenie, Suizidabsicht)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>e. Störungen der Blutgerinnung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>2. Wurde bei der VP eine HIV-Infektion festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>3. Nimmt die VP gerinnungshemmende Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>4. Liegt bei der VP eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) vor; wenn ja, aus welchem Grund und zu welchem Grad?</p> <p>Grad in % <input type="text"/> Grund <input type="text"/></p>
Bestehende Versicherungen	<p>Bestehen noch weitere Unfallversicherungen mit einer Todesfallsumme? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bei welcher Gesellschaft? <input type="text"/> Versicherungsnummer <input type="text"/></p> <p>Höhe der Todesfallsumme: EUR <input type="text"/></p>
Besondere Gefahren	<p>Ist die VP beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. durch Umgang mit explosiven oder toxischen Stoffen) oder betreibt diese eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Auto-/Motorrad-/Luft- oder Flugsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Kampfsport, Reitsport)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung</p> <p>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.</p> <p>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 Assistenzgesellschaften weiterleiten zu dürfen.</p> <p>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.</p> <p>Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> › 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. <p>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.</p> <p>II. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die WWK Allgemeine Versicherung AG:</p> <p>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.</p> <p>III. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten</p> <p>1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Sie können diese Erklärung bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:</p> <p>Möglichkeit I</p> <p><input type="checkbox"/> Ich willige ein, dass die WWK Allgemeine Versicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder die Leistungsfällprüfung 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Möglichkeit II</p> <p><input type="checkbox"/> 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</p> <ul style="list-style-type: none"> › 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 beibringe <p>Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.</p> <p>Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragsstellung 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.</p> <p>2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes</p> <p>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.</p> <p>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 2.1. – Möglichkeit I).</p> </div> </div>

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) 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 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.

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.

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 erlassenem 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

Unterschrift gesetzlicher Vertreter, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist

Unterschrift zu versichernde Person falls nicht Antragsteller/-in

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Vertragsunterschriften

- › Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Kundeninformation rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags in Textform erhalten habe und stimme zu, dass – rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt – der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.
- › Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Unterschrift **Antragsteller/-in**

X

Unterschrift **gesetzlicher Vertreter**, falls Antragsteller/-in bzw. 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.