

Leben

Ergänzungsbogen Schicht: 1 und 3

WWK PremiumRisk

WWK Premium FondsRente 2.0

WWK BasisRente *invest* 2.0

WWK Premium FondsRente *protect*

WWK BasisRente *invest protect*

The logo consists of the letters 'WWK' in a bold, green, sans-serif font. A thin orange horizontal line is positioned directly beneath the letters.

Eine starke Gemeinschaft

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

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

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auf dieses Recht werden Sie in unserer Mitteilung hingewiesen.

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

Mit einer Vertragsanpassung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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

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

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

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

Mit einer Kündigung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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

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

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

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

Eine Unterschrift ist notwendig, wenn das Zusatzblatt losgelöst von einem Antrag eingereicht wird. Ich bestätige, dass ich die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG gelesen und eine Kopie erhalten habe.

X
Unterschrift Antragsteller/-in

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

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

Datum TT/MM/JJJJ

Ergänzungsbogen

Antragsdaten	<table border="1"> <tr> <td>Titel</td> <td>Antrag vom TT / MM / JJJJ</td> <td>Geburtsdatum TT / MM / JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Name</td> <td colspan="2">Vorname</td> </tr> </table>	Titel	Antrag vom TT / MM / JJJJ	Geburtsdatum TT / MM / JJJJ	Name	Vorname					
Titel	Antrag vom TT / MM / JJJJ	Geburtsdatum TT / MM / JJJJ									
Name	Vorname										
Zusatzversicherungen WWK BioRisk Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung	<table border="1"> <tr> <td> Berufsunfähigkeit (BUZ)* BUZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung BUZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente </td> <td rowspan="4"> Für die Beantwortung der Gesundheitsfragen bitte Zusatzblatt »Gesundheitserklärung 7134« einreichen. Karenzzeit in Monaten Standard: keine oder <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> monatliche Rente EUR <input type="checkbox"/> Einmalzahlung (Nur für die 3. Schicht möglich. Die Einmalzahlung ist von der evtl. gewählten Dynamik und Karenzzeit ausgeschlossen.) Jahre Jahre Hinweis: Die Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer wird für ganze Jahre ab Versicherungsbeginn vereinbart und endet zu dem Zeitpunkt an dem die versicherte Person das angegebene Alter rechnungsmäßig erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/ Versicherungsschein. Versicherungs-Ablaufalter Leistungs-Ablaufalter* Für Tarif FV ab Serie 22 bzw. FVG22 gilt: * Wenn die Leistungsdauer der Zusatzversicherung (ohne UZV) vor dem Ende der Grundphase der Hauptversicherung endet, muss im Falle einer fortdauernden Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten nach Ablauf der Leistungsdauer die Beitragszahlung zur Hauptversicherung wieder aufgenommen werden. Für Tarif H22 bzw. HF22 gilt: * Wenn die Leistungsdauer der Zusatzversicherung (ohne UZV) vor dem Ende der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung endet, muss im Falle einer fortdauernden Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten nach Ablauf der Leistungsdauer die Beitragszahlung zur Hauptversicherung wieder aufgenommen werden. </td> </tr> <tr> <td> Erwerbsunfähigkeit (EUZ)** EUZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung EUZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente </td> </tr> <tr> <td> Grundfähigkeit (GFZ)** GFZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung GFZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente </td> </tr> <tr> <td> Überschussbeteiligung <input type="checkbox"/> Sofortverrechnung <input type="checkbox"/> verzinsliche Ansammlung** <input type="checkbox"/> Leistungsbonus </td> </tr> </table> <p>* Bei abgekürzter Beitragszahlung ist keine BUZ möglich. ** nicht in der 1. Schicht möglich</p>	Berufsunfähigkeit (BUZ)* BUZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung BUZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente	Für die Beantwortung der Gesundheitsfragen bitte Zusatzblatt » Gesundheitserklärung 7134 « einreichen. Karenzzeit in Monaten Standard: keine oder <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> monatliche Rente EUR <input type="checkbox"/> Einmalzahlung (Nur für die 3. Schicht möglich. Die Einmalzahlung ist von der evtl. gewählten Dynamik und Karenzzeit ausgeschlossen.) Jahre Jahre Hinweis: Die Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer wird für ganze Jahre ab Versicherungsbeginn vereinbart und endet zu dem Zeitpunkt an dem die versicherte Person das angegebene Alter rechnungsmäßig erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/ Versicherungsschein. Versicherungs-Ablaufalter Leistungs-Ablaufalter* Für Tarif FV ab Serie 22 bzw. FVG22 gilt: * Wenn die Leistungsdauer der Zusatzversicherung (ohne UZV) vor dem Ende der Grundphase der Hauptversicherung endet, muss im Falle einer fortdauernden Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten nach Ablauf der Leistungsdauer die Beitragszahlung zur Hauptversicherung wieder aufgenommen werden. Für Tarif H22 bzw. HF22 gilt: * Wenn die Leistungsdauer der Zusatzversicherung (ohne UZV) vor dem Ende der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung endet, muss im Falle einer fortdauernden Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten nach Ablauf der Leistungsdauer die Beitragszahlung zur Hauptversicherung wieder aufgenommen werden.	Erwerbsunfähigkeit (EUZ)** EUZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung EUZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente	Grundfähigkeit (GFZ)** GFZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung GFZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente	Überschussbeteiligung <input type="checkbox"/> Sofortverrechnung <input type="checkbox"/> verzinsliche Ansammlung** <input type="checkbox"/> Leistungsbonus					
Berufsunfähigkeit (BUZ)* BUZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung BUZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente	Für die Beantwortung der Gesundheitsfragen bitte Zusatzblatt » Gesundheitserklärung 7134 « einreichen. Karenzzeit in Monaten Standard: keine oder <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> monatliche Rente EUR <input type="checkbox"/> Einmalzahlung (Nur für die 3. Schicht möglich. Die Einmalzahlung ist von der evtl. gewählten Dynamik und Karenzzeit ausgeschlossen.) Jahre Jahre Hinweis: Die Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer wird für ganze Jahre ab Versicherungsbeginn vereinbart und endet zu dem Zeitpunkt an dem die versicherte Person das angegebene Alter rechnungsmäßig erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/ Versicherungsschein. Versicherungs-Ablaufalter Leistungs-Ablaufalter* Für Tarif FV ab Serie 22 bzw. FVG22 gilt: * Wenn die Leistungsdauer der Zusatzversicherung (ohne UZV) vor dem Ende der Grundphase der Hauptversicherung endet, muss im Falle einer fortdauernden Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten nach Ablauf der Leistungsdauer die Beitragszahlung zur Hauptversicherung wieder aufgenommen werden. Für Tarif H22 bzw. HF22 gilt: * Wenn die Leistungsdauer der Zusatzversicherung (ohne UZV) vor dem Ende der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung endet, muss im Falle einer fortdauernden Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten nach Ablauf der Leistungsdauer die Beitragszahlung zur Hauptversicherung wieder aufgenommen werden.										
Erwerbsunfähigkeit (EUZ)** EUZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung EUZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente											
Grundfähigkeit (GFZ)** GFZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung GFZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente											
Überschussbeteiligung <input type="checkbox"/> Sofortverrechnung <input type="checkbox"/> verzinsliche Ansammlung** <input type="checkbox"/> Leistungsbonus											
Zusatzversicherung Unfall für WWK PremiumRisk H22/HF22 Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung	<table border="1"> <tr> <td> Unfalltod (UZV) Tarif HF22 <input type="checkbox"/> einfache Versicherungssumme EUR UZV-Summe Tarif H22 <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	Unfalltod (UZV) Tarif HF22 <input type="checkbox"/> einfache Versicherungssumme EUR UZV-Summe Tarif H22 <input type="checkbox"/>									
Unfalltod (UZV) Tarif HF22 <input type="checkbox"/> einfache Versicherungssumme EUR UZV-Summe Tarif H22 <input type="checkbox"/>											
Zu versichernde Person (VP), falls nicht Versicherungsnehmer/-in	<p>(auch Verwandtschaftsverhältnis zum VN angeben)</p> <table border="1"> <tr> <td>Titel, Name, Vorname</td> <td><input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</td> </tr> <tr> <td>Geburtsdatum TT / MM / JJJJ</td> <td>Geburtsland</td> </tr> <tr> <td>Staatsangehörigkeit</td> <td>Verwandtschaftsverhältnis</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche</td> </tr> <tr> <td>Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)</td> <td>Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.</td> </tr> </table> <p>Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern diese zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits volljährig war.</p>	Titel, Name, Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Geburtsdatum TT / MM / JJJJ	Geburtsland	Staatsangehörigkeit	Verwandtschaftsverhältnis	Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche		Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)	Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.
Titel, Name, Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich										
Geburtsdatum TT / MM / JJJJ	Geburtsland										
Staatsangehörigkeit	Verwandtschaftsverhältnis										
Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit / Branche											
Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)	Hinweis: Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.										
BT Tätigkeitsbeschreibung für die versicherte Person bei WWK BioRisk (Absicherung gegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten)	<table border="1"> <tr> <td> Erwerbsstatus <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamte/-r <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Schüler/-in (Oberstufe) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Soldat/-in <input type="checkbox"/> Schüler/-in (Sonstige) <input type="checkbox"/> arbeitssuchend </td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Student/-in im aktuellen Studiengang: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ </td> </tr> <tr> <td> Ausbildung - Geben Sie bitte Ihren höchsten Abschluss an. <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung kaufmännisch <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung sonstige <input type="checkbox"/> abgeschlossene Schulausbildung <input type="checkbox"/> Fachrichtung des Studiengangs/ der Berufsausbildung/sonstiges: _____ </td> </tr> </table>	Erwerbsstatus <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamte/-r <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Schüler/-in (Oberstufe) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Soldat/-in <input type="checkbox"/> Schüler/-in (Sonstige) <input type="checkbox"/> arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> Student/-in im aktuellen Studiengang: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	Ausbildung - Geben Sie bitte Ihren höchsten Abschluss an. <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung kaufmännisch <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung sonstige <input type="checkbox"/> abgeschlossene Schulausbildung <input type="checkbox"/> Fachrichtung des Studiengangs/ der Berufsausbildung/sonstiges: _____							
Erwerbsstatus <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamte/-r <input type="checkbox"/> Auszubildende/-r <input type="checkbox"/> Schüler/-in (Oberstufe) <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> Soldat/-in <input type="checkbox"/> Schüler/-in (Sonstige) <input type="checkbox"/> arbeitssuchend											
<input type="checkbox"/> Student/-in im aktuellen Studiengang: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____											
Ausbildung - Geben Sie bitte Ihren höchsten Abschluss an. <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung kaufmännisch <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung sonstige <input type="checkbox"/> abgeschlossene Schulausbildung <input type="checkbox"/> Fachrichtung des Studiengangs/ der Berufsausbildung/sonstiges: _____											

BT
Tätigkeitsbeschreibung
für die versicherte
Person bei WWK BioRisk

(Fortsetzung)

Tätigkeit – Geben Sie bitte den durchschnittlichen Anteil Ihrer beruflichen Tätigkeit in Prozent an.

Bürotätigkeit	%	Reise- oder Außen- diensttätigkeit	%	körperlich/ handwerklich	%	künstlerisch	%
sonstiges							%

Seit wann sind Sie selbstständig, bzw. seit wann üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus?

Datum TT/MM/JJJJ

Personalverantwortung (fachlich und disziplinarisch)

Haben Sie für Mitarbeiter (Voll- und Teilzeit) dauerhaft Personalverantwortung? ja, für Anzahl Mitarbeiter nein

Einkommen*

Wie hoch war/ist Ihr Bruttoarbeitslohn? Bei Selbstständigen Bruttogewinn, bei Beamten Besoldungsgruppe und -stufe (BG) mit angeben.

dieses Jahr	EUR	BG	letztes Jahr	EUR	BG	vorletztes Jahr	EUR	BG
-------------	-----	----	--------------	-----	----	-----------------	-----	----

Wo erzielen Sie Ihr Einkommen? alte Bundesländer neue Bundesländer

* Dient im Rahmen der Berufsgruppenbestimmung ggf. zur Besserstellung und ist zwingend erforderlich bei monatlichen Renten über 1.000 EUR (inkl. bestehender Vorversicherungen/Anwartschaften).

Weitere berufliche Tätigkeiten

Gehen Sie aktuell oder gingen Sie in den letzten 12 Monaten neben Ihrer Haupttätigkeit weiteren beruflichen Tätigkeiten nach? Wenn ja, welchen?

Angaben zur Tätigkeit

Bitte füllen Sie für jede genannte Nebentätigkeit eine Tätigkeitsbeschreibung 4016 aus.

Vereinbarung

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? ja Welche?

Abweichende
Bezugsberechtigung
(nur für die 3. Schicht
möglich)

Im Erlebensfall ist bezugsberechtigt:

Name, Vorname

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Im Todesfall der versicherten Person ist bezugsberechtigt:

Name, Vorname

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Ich bestätige hiermit, dass es sich bei sämtlichen Bezugsberechtigten (für die Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitskomponente meines Vertrags) um Angehörige der versicherten Person im Sinne des § 7 Pflege ZG oder des § 15 AO handelt.

Unterschriften

Ich bestätige, eine Antragskopie erhalten zu haben.

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Versicherungsnehmer/-in und ggf. **alle gesetzlichen Vertreter**, falls VN minderjährig ist (ggf. Firmenstempel)

X

Zu versichernde Person, falls nicht VN und ggf. **alle gesetzlichen Vertreter**, falls VP minderjährig ist

X

Vertragspartner/-in im Außendienst
Die richtige/n Person/en hat/haben in meiner Gegenwart unterschrieben.

X

Unterschrift **Firma** (= Versicherungsnehmer)

X

Name des **Unterzeichners Arbeitgeber** der Firma in Blockschrift

X

Position des **Unterzeichners Arbeitgeber** im Unternehmen in Blockschrift

Bitte angeben, wenn Versicherungsnehmer (VN) eine Firma ist.

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

Tarifbeschreibung der Zusatzversicherungen

Berufsunfähigkeits- Zusatzversicherung (BUZ)

Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:

BUZ-B Beitragsbefreiung

BUZ-R Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

Hinweis:

Der Bruttobeitrag zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung muss in der 1. Schicht (WWK BasisRente *invest* und WWK BasisRente *invest protect*) kleiner als 50 % des Beitrags zur Hauptversicherung sein.

Erwerbsunfähigkeits- Zusatzversicherung (EUZ)

Im Falle der Erwerbsunfähigkeit leisten wir bei:

EUZ-B22 Beitragsbefreiung

EUZ-R22 Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

Grundfähigkeits- Zusatzversicherung (GFZ)

Im Falle der Beeinträchtigung der Grundfähigkeit leisten wir bei:

GFZ-B22 Beitragsbefreiung

GFZ-R22 Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

Karenzzeit

K

Bei Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beginnt die Leistungspflicht erst nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit (nicht die Beitragsbefreiung und die Einmalzahlung).

Einmalzahlung

Die Einmalzahlung wird nur bei erstmaligem Eintritt der Berufsunfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten fällig.

Unfall- Zusatzversicherung (UZV)

Bei Unfalltod während während der Beitragszahlungsdauer wird eine zusätzliche Leistung in Höhe der im Antrag vereinbarten UZV-Summe gezahlt.
