

Leben

# Ergänzungsbogen Schicht: 3

**WWK**

Eine starke Gemeinschaft

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

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

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

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

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auf dieses Recht werden Sie in unserer Mitteilung hingewiesen.

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

Mit einer Vertragsanpassung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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

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

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

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

Mit einer Kündigung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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

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

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

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

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

<b>Antragsdaten</b>	Titel <input type="text"/> Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Antrag vom TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/>
<b>Zusatzversicherungen WWK BioRisk</b>	<p><b>Berufsunfähigkeit (BUZ)</b> BUZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung          BUZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente</p> <p><b>Erwerbsunfähigkeit (EUZ)</b> EUZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung          EUZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente</p> <p><b>Grundfähigkeit (GFZ)</b> GFZ-B22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung          GFZ-R22 <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente</p> <p><b>Überschussbeteiligung</b> <input type="checkbox"/> Sofortverrechnung  <input type="checkbox"/> verzinsliche Ansammlung  <input type="checkbox"/> Leistungsbonus</p> <p>Für die Beantwortung der Gesundheitsfragen bitte Zusatzblatt »<b>Gesundheitsklärung 7134</b>« einreichen.          Karenzzeit in Monaten Standard: keine oder <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24</p> <p><input type="checkbox"/> monatliche Rente EUR <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Einmalzahlung          (Die Einmalzahlung ist von der evtl. gewählten Dynamik und Karenzzeit ausgeschlossen.)</p> <p>Jahre <input type="text"/> Jahre <input type="text"/>          Versicherungs-Ablaufalter Leistungs-Ablaufalter*</p> <p><b>Hinweis:</b>          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 rechnerisch erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/Versicherungsschein.</p> <p><b>Für Tarif KVA22 gilt:</b>          * Wenn die Leistungsdauer der <b>Zusatzversicherung</b> (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.</p>
<b>Zusatzversicherung Unfall</b>	<p>Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung (nur bei KVA22 möglich).</p> <p><b>Unfalltod (UZV)</b> Tarif KVA22* <input type="checkbox"/> EUR UZV-Summe <input type="text"/> * Der Todesfallfaktor muss mindestens 100% betragen.</p>
<b>Zu versichernde Person (VP) falls nicht Versicherungsnehmer/-in</b>	<p>(auch Verwandtschaftsverhältnis zum VN angeben)</p> <p>Titel, Name, Vorname <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Geburtsland <input type="text"/> Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Verwandtschaftsverhältnis <input type="text"/></p> <p>Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID) <input type="text"/></p> <p>Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b> <input type="text"/></p> <p><b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.</p> <p><b>Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern diese zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits volljährig war.</b></p>
<b>BT Tätigkeitsbeschreibung für die versicherte Person bei WWK BioRisk</b>	<p>(Absicherung gegen Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten)</p> <p><b>Erwerbsstatus</b>  <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</p> <p><input type="checkbox"/> Student/-in im aktuellen Studiengang: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> sonstiges: <input type="text"/></p> <p><b>Ausbildung</b> – 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</p> <p><input type="checkbox"/> Fachrichtung des Studiengangs/der Berufsausbildung/sonstiges <input type="text"/></p> <p><b>Tätigkeit</b> – Geben Sie bitte den durchschnittlichen Anteil Ihrer beruflichen Tätigkeit in Prozent an.</p> <p>Bürotätigkeit <input type="text"/> % Reise- oder Ausendiensttätigkeit <input type="text"/> % körperlich/handwerklich <input type="text"/> % künstlerisch <input type="text"/> %</p> <p>sonstiges <input type="text"/> %</p> <p>Seit wann sind Sie selbstständig, bzw. seit wann üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus? Datum TT/MM/JJJJ <input type="text"/></p> <p><b>Personalverantwortung (fachlich und disziplinarisch)</b>          Haben Sie für Mitarbeiter (Voll- und Teilzeit) dauerhaft Personalverantwortung? <input type="checkbox"/> ja, für <input type="text"/> Anzahl Mitarbeiter <input type="checkbox"/> nein</p>

**BT  
Tätigkeitsbeschreibung  
für die versicherte  
Person bei WWK BioRisk**  
(Fortsetzung)

**Einkommen\***  
Wie hoch war/ist Ihr Bruttoarbeitseinkommen? 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**

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**

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

Ich bestätige, eine Antragskopie erhalten zu haben.  Ort  Datum TT/MM/JJJJ

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

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

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

Unterschrift **Firma** (=Versicherungsnehmer)

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

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

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

## Tarifbeschreibung der Zusatzversicherungen

---

**Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)** Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:  
**BUZ-B22** Beitragsbefreiung  
**BUZ-R22** Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe

---

**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 der Beitragszahlungsdauer wird eine zusätzliche Leistung in Höhe der vereinbarten UZV-Summe gezahlt.

---