

Leben

# WWK BioRisk (Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeitsversicherung) WWK PremiumRisk (Risikoablebensversicherung)

Antrag: Standardantrag  
Tarife: BSA22, GSA22, HA22, HFA22

## Mögliche Zusatzseiten

- › Fondsauswahlblatt 7146
- › Geldwäschegesetz (juristische Personen) 1010
- › Geldwäschegesetz (natürliche Personen) 1011
- › Tätigkeitsbeschreibung 4016

The logo consists of the letters 'WWK' in a bold, green, sans-serif font. The letters are closely spaced and have a slight shadow effect.

Eine starke Gemeinschaft

WWK Lebensversicherung  
auf Gegenseitigkeit  
Marsstraße 37  
80335 München, DEUTSCHLAND  
Telefon +49 89 5114-2020  
Fax +49 89 5114-2337  
E-Mail: [info@wwk.at](mailto:info@wwk.at)  
[www.wwk.at](http://www.wwk.at)





Eine starke Gemeinschaft

WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit
Marsstraße 37 · 80335 München · DEUTSCHLAND
Telefon +49 89 5114-2020 · Fax +49 89 5114-2337
E-Mail: info@wwk.at · www.wwk.at

Fläche ist reserviert für Bündel-Barcode.
Bitte nur EINEN Bündel-Barcode aufkleben.

WWK BioRisk
WWK PremiumRisk

Antrag zum Abschluss einer Versicherung

Formular for insurance application with sections: Abschlussvermittler, Versicherungsnehmer/-in (VN), Vereinbarung der Art der Kommunikation, Zu versichernde Person (VP) falls nicht Antragsteller/-in. Includes fields for personal data, contact info, and communication preferences.

**Zu versichernde Person (VP) falls nicht Antragsteller/-in** (auch Verwandtschaftsverhältnis zum VN angeben)

(Fortsetzung)

**Erwerbsstatus**

angestellt     selbstständig     Beamte/-r     Auszubildende/-r     Schüler/-in (Oberstufe)     nicht erwerbstätig  
 Soldat/-in     Schüler/-in (Sonstige)     arbeitssuchend

Student/-in im aktuellen Studiengang: \_\_\_\_\_

sonstiges: \_\_\_\_\_

**Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern diese zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits volljährig war.**

**Geldwäschegesetz (nur für WWK PremiumRisk)**  
Legitimation

VN ist aktiver Kunde der WWK und wurde durch mich (AV) nach geltenden gesetzlichen Vorschriften identifiziert.

\_\_\_\_\_ **oder** \_\_\_\_\_

Die Angaben zur Identität des VN habe ich (AV) mit dem mir vor Ort vorgelegten Ausweisdokument gemäß § 8 (2) GwG von mir angefertigt und liegt dem Antrag bei.

Personalausweis     Reisepass     sonstiges Dokument

Nummer \_\_\_\_\_ Ausstellungsbehörde \_\_\_\_\_ gültig bis TT/MM/JJJJ \_\_\_\_\_

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen:

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

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

Wirtschaftlich Berechtigter

**Tarifdetails**

**Beginn**

Datum TT/MM/JJJJ  
**01** \_\_\_\_\_ 12 Uhr mittags

**Tarif**

**WWK BioRisk**

Tarfmöglichkeiten:  
 **BSA22** Berufsunfähigkeitsversicherung  
 **GSA22** Grundfähigkeitsversicherung

Karenzzeit (K) bei Rente in Monaten    Standard: keine  
**oder**  6     12     18     24

monatliche Rente    EUR \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_

Rentensteigerung im Leistungsfall (1% - 3%)    **0** \_\_\_\_\_

Wechseloption für Schüler und Studenten gemäß den Besonderen Bedingungen (Für einen späteren Wechsel aus der Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Das Eintrittsalter beträgt maximal 30 Jahre und das Versicherungsablaufalter mindestens 60 Jahre.)

Jahre \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_  
 Beitragszahlungs-Ablaufalter    Versicherungs-Ablaufalter    Leistungs-Ablaufalter

**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 rechnerisch erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/Versicherungsschein.

Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung

**Beitrag und Zahlungszeitraum**

Garantierter Beitrag (inkl. Versicherungssteuer)    EUR \_\_\_\_\_

Zahlbeitrag (inkl. Versicherungssteuer nach Sofortverrechnung)    EUR \_\_\_\_\_

**Zahlungszeitraum:**     monatlich     ¼-jährlich     ½-jährlich     jährlich  
 Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungszeitraums.

Berufsgruppe    \_\_\_\_\_

**Überschussbeteiligung**

Sofortverrechnung     Fondsansammlung/Gewünschte Fonds:  
 verzinsliche Ansammlung     WWK Depot Strategie 80/20 (Risikoklasse 3)  
 Sonstige (siehe Fondsauswahlblatt 7146)

**Dynamik**

Es wird (soweit möglich) eine jährliche Beitrags- und Leistungsdynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart. Der Beitrag erhöht sich jährlich um 3%.

Andere gewünschte Dynamik (1% - 6%):    % **0** \_\_\_\_\_  
 Keine Dynamik

**Hinweis:** Bei Renten über 1.500 EUR maximal 3%.

Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung

Datum TT/MM/JJJJ  
**01** \_\_\_\_\_ 12 Uhr mittags

**WWK PremiumRisk**

Tarfmöglichkeiten:  
 **HA22** Risikoablebensversicherung (**konstante** Versicherungssumme)  
 **HFA22** Risikoablebensversicherung (**fallende** Versicherungssumme)

Versicherungssumme    EUR \_\_\_\_\_

Endalter    Jahre \_\_\_\_\_ oder Versicherungsdauer    Jahre \_\_\_\_\_

abgekürzte Dauer der Beitragszahlung (bei Tarif HFA22)    Jahre \_\_\_\_\_

Beitrag ohne Versicherungssteuer    EUR \_\_\_\_\_

Beitrag inkl. Versicherungssteuer    EUR \_\_\_\_\_

**Zahlungszeitraum:**     monatlich     ¼-jährlich     ½-jährlich     jährlich  
 Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungszeitraums.

Sofortverrechnung     verzinsliche Ansammlung

Nur bei Tarif HA22:  
 Gewünschte Dynamik (1% - 6%):    % **0** \_\_\_\_\_

## Tarifdetails (Fortsetzung)

### Bezugsberechtigung

Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung

Sollte nachstehend nichts anderes vereinbart sein, gilt Folgendes:

Im Erlebensfall ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.

Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname)  Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.

Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname)  Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung

Sollte nachstehend nichts anderes vereinbart sein, gilt Folgendes:

Im Erlebensfall einschließlich Terminal Illness ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.

Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname)  Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.

Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname)  Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

### Hinweis auf Gesundheitsfragen

Bitte füllen Sie abhängig vom Eintrittsalter der versicherten Person die Blöcke BT, GA und BA oder die Blöcke BT und BK aus.

Bitte füllen Sie die Blöcke GA und HZ aus.

## Berufs- und Risikofragen

### BT Tätigkeitsbeschreibung für die versicherte Person bei WWK BioRisk

(Absicherung gegen Berufsunfähigkeit und Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten)

#### Erwerbsstatus

angestellt  selbstständig  Beamte/-r  Auszubildende/-r  Schüler/-in (Oberstufe)  nicht erwerbstätig  
 Soldat/-in  Schüler/-in (Sonstige)  arbeitssuchend

Student/-in im aktuellen Studiengang:

sonstiges:

**Ausbildung** - Geben Sie bitte Ihren höchsten Abschluss an.

abgeschlossenes Studium  abgeschlossene Berufsausbildung kaufmännisch  abgeschlossene Berufsausbildung sonstige  abgeschlossene Schulausbildung

Fachrichtung des Studiengangs/der Berufsausbildung/sonstiges

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

Bürotätigkeit  % Reise- oder Außendiensttätigkeit  % 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

\* 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.

### Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie oder die versicherte Person **alle hier gestellten Fragen** wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Beantworten Sie oder die versicherte Person die hier gestellten Fragen nicht, nicht vollständig oder nicht richtig, kann die WWK Lebensversicherung a. G. unter bestimmten Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anfechten, eine Vertragsanpassung verlangen und die Leistung verweigern. Details können Sie der »Mitteilung nach §§ 16ff. VersVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht« in diesem Formular entnehmen. **Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die wichtigen Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht erhalten und wir Sie über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung informiert haben.** Die im Folgenden genannten Beispiele umfassen nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbegriffe. Ergebnisse prädiaktiver Gentests müssen hier nicht angegeben werden.

### BK Gesundheitserklärung der versicherten Person bei Tarif GSA

(Absicherung gegen Beeinträchtigungen der Grundfähigkeiten für Eintrittsalter der VP von 7 bis 14 anstelle der Blöcke GA und BA zu verwenden)

Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen. Routine-U-Untersuchungen ohne Befund oder ohne krankhafte Diagnose müssen nicht angegeben werden.

1. Körpergröße  cm Körpergewicht (ohne Kleidung)  kg

2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind angeborene oder erworbene Missbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen oder Entwicklungsstörungen/-verzögerungen?

ja  nein  Erkrankung/Diagnose  von/bis  behandelnder Arzt

3. Hatte Ihr Kind in den letzten fünf Jahren wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden mehr als vier Mal Arzt- oder Arztpraxiskontakt (ambulant oder stationär) oder sind in den **nächsten 12 Monaten** ärztlicherseits Untersuchungen oder Behandlungen angeraten?

ja  nein  Erkrankung/Diagnose  von/bis  behandelnder Arzt

**BK  
Gesundheitserklärung  
der versicherten Person  
bei Tarif GSA**

(Fortsetzung)

4. Nimmt oder nahm Ihr Kind in **den letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?
- ja  nein 

Medikamentenname	von/bis
5. Hat Ihr Kind eine Vorsorgeuntersuchung (U- und J-Untersuchungen bzw. Mutter-Kind-Pass) ausgelassen oder ergab sich aus mindestens einer Untersuchung ein auffälliger Befund? Bitte in diesem Fall Kopien des Untersuchungsheftes beifügen.
- ja  nein 

--
- Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, ist die Beantwortung der unten stehenden Fragen von »GA – Allgemeine Gesundheitserklärung der versicherten Person« und »BA – Gesundheitsklärung der versicherten Person bei WWK BioRisk« erforderlich.

**GA  
Allgemeine  
Gesundheitserklärung  
der versicherten Person  
bei WWK BioRisk  
(Absicherung gegen  
Berufsunfähigkeit und  
Beeinträchtigungen  
der Grundfähigkeiten)  
und WWK PremiumRisk  
(Risikoablenkung)**

- Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen.  
Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. (Falls Platz nicht ausreichend, bitte Feld Zusatzangaben verwenden.)
1. Körpergröße 

cm	

 Körpergewicht (ohne Kleidung) 

kg	
2. Sind Sie in **den letzten 5 Jahren** von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen
- 2.1 des Herzens oder der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzschwäche, Herzschmerzen, Herzmuskelschäden, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit, Gefäßverschluss oder Durchblutungsstörungen der Beinvenen, Arteriosklerose)?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.2 der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen, Schlafapnoe)?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.3 der Verdauungsorgane: Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Entzündungen oder Geschwüre, erhöhte Leberwerte)?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.4 der Nieren und Harnwege (z. B. Entzündungen, Steine, Zysten, Blut oder Eiweiß im Urin)?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.5 des Gehirns oder des zentralen Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, andere neurologische Erkrankungen, Lähmungen, Migräne, Parkinson, Alzheimer, Demenz)?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.6 des Stoffwechsels oder des Blutes (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Anämie, Gerinnungsstörungen)?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.7 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie)?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.9 der Folgen von Alkoholgenuss oder Alkoholabhängigkeit?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
- 2.10 Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen oder Tropenkrankheiten (z. B. HIV-Infektion (AIDS), Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Zeckenbisskrankung (Borreliose), Covid 19 – Corona (SARS-CoV2), chronische Infektionen) oder steht ein Testergebnis derzeit noch aus?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
3. Haben Sie sich in **den letzten 5 Jahren** einer oder mehrerer Operationen unterzogen, sich aus gesundheitlichen Gründen in einem Krankenhaus, in einer Heil- oder Kuranstalt, einer Rehabilitationsklinik oder einem Sanatorium aufgehalten oder sind Operationen oder solche Aufenthalte derzeit angedacht?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
4. Wurden Sie in **den letzten 10 Jahren** von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen **Erkrankungen oder Störungen der Psyche** (z. B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Suizidversuch, Belastungsreaktion, Essstörung, ADS/ADHS)?
- ja  nein 

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
5. Nehmen oder nahmen Sie in **den letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden Ihnen diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?
- ja  nein 

Medikamentenname	von/bis
- 6.1 Bestehen für Sie Lebens- oder Pflegeversicherungen oder wurden in **den letzten 6 Monaten** entsprechende Versicherungen für Sie beantragt? Bei wem, wann, in welcher Höhe?
- ja  nein 

Versicherer	wann	in welcher Höhe
- 6.2 Bestehen für Sie Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen oder wurden in **den letzten 6 Monaten** entsprechende Versicherungen für Sie beantragt? Bei wem, wann, in welcher Höhe?
- ja  nein 

Versicherer	wann	in welcher Höhe

**GA**  
**Allgemeine**  
**Gesundheitserklärung**  
**der versicherten Person**  
**bei WWK BioRisk**  
 (Absicherung gegen  
 Berufsunfähigkeit und  
 Beeinträchtigungen  
 der Grundfähigkeiten)  
 und **WWK PremiumRisk**  
 (Risikoablebensver-  
 sicherung)

(Fortsetzung)

7. Wurden Ihnen Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherungsanträge **in den letzten 5 Jahren** abgelehnt, zurückgestellt bzw. wurden Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen gefordert? Wann, weshalb, von wem? Die Einschätzung Ihres Antrags erfolgt aufgrund des Gesundheitszustands, nicht aufgrund der Einschätzung einer anderen Versicherung.

ja  nein

Versicherer	wann	Gründe

8. Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen) oder betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorradsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport)?

ja  nein

9. Beabsichtigen Sie **in den nächsten 12 Monaten** einen Auslandsaufenthalt von mehr als 6 Monaten anzutreten?

ja  nein

Land	von/bis

**BA**  
**Gesundheitserklärung**  
**der versicherten Person**  
**bei WWK BioRisk**

(Absicherung gegen  
 Berufsunfähigkeit und  
 Beeinträchtigungen  
 der Grundfähigkeiten)

Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. (Falls Platz nicht ausreichend, bitte Feld Zusatzangaben verwenden.)

1. Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen

1.1 der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

1.2 des Bewegungsapparates (wie Arme, Beine, Rücken/Wirbelsäule, Schultern), der Knochen, Gelenke (wie Hüft-, Knie- oder Sprunggelenke), Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Rheuma, Fibromyalgie, Osteoporose)?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

1.3 der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grüner Star, grauer Star)?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

1.4 der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?

ja  nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt

2. Bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen Renten oder sonstige Versorgungsleistungen?

ja  nein

3. Bestehen bei Ihnen körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Missbildungen, Folgen von Operationen, Unfällen oder Infektionskrankheiten, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenschaden, Versteifungen, Amputationen, Hirnleistungsstörungen, Gedächtnisverlust), wurde bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GDS), eine Behinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder in den letzten 12 Monaten beantragt?

ja  nein

**HZ**  
**Gesundheitserklärung**  
**der versicherten Person**  
**bei WWK PremiumRisk**

(Risikoablebensver-  
 sicherung)

Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. (Falls Platz nicht ausreichend, bitte Feld Zusatzangaben verwenden.)

1. Wurde bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** ein Gesamtcholesterinwert von mehr als 220mg/dl festgestellt?

Wenn ja, wann und wie hoch?

ja  nein

2. Wurde bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** ein Blutdruck von mehr als 140/90 festgestellt?

Wenn ja, tragen Sie bitte die letzten drei bekannten Werte ein (systolisch/diastolisch).

ja  nein

**Nichtrauchererklärung** – Ich habe in den vergangenen 24 Monaten:

keine Zigaretten geraucht  
 Zigaretten geraucht

**Mir ist bewusst, dass eine unrichtige Erklärung den Verlust bzw. die Reduzierung des Versicherungsschutzes zur Folge haben kann.**

**Zusatzangaben zur**  
**Gesundheitserklärung**

Gesundheitserklärung	Nr.	Zusatzangaben
<input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> HZ <input type="checkbox"/> BK		
<input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> HZ <input type="checkbox"/> BK		
<input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> HZ <input type="checkbox"/> BK		

Weitere Angaben sind auf einem gesonderten Blatt enthalten. Bitte ggf. ankreuzen.  
 Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen.

**Hausarzt**

Hausarzt (Name, Anschrift)

## Gemeinsame Vereinbarungen für die beantragten, rechtlich selbstständigen Versicherungen

### Datenschutzerklärung/ Schweigepflicht- entbindungserklärung

#### 1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von personenbezogenen Gesundheitsdaten

##### I. bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller (sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese) stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderliche medizinische Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). **Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

##### II. im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen.

**Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

#### 2. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die unter Punkt 1 genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 1.

**Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der folgenden 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.**

Der Widerruf ist zu richten an:

**WWK Lebensversicherung a. G., Marsstraße 37, 80335 München, info@wwk.at**

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

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

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.

### Beitragszahlung

#### SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikations-Nr. DE81WWK0000069127

Ich ermächtige die WWK Lebensversicherung a. G., 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

Verwandtschaftsverhältnis zum VN

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

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 Kontoinhaber/-in

X

### Vereinbarung

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig?  ja Welche?

### Zusätzliche Hinweise und Erklärungen

Für den Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite. Bitte lesen Sie außerdem die beigefügte Verbraucherinformation; sie enthält unter anderem wichtige Informationen zu Ihren Rücktrittsrechten. Antragsvermittler/-innen sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben. In die auf den folgenden Seiten in der Rubrik »Wichtige allgemeine Informationen« abgedruckte Verwendung meiner personenbezogenen Daten willige ich ein.

<b>Schlussklärung</b>	Die Antragsfragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Antworten erkläre ich mich auch dann voll verantwortlich, wenn diese von einer anderen Person geschrieben wurden. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten kann.
<b>Belehrung über das Rücktrittsrecht</b>	<p>(1.) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.</p> <p>(2.) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polize bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.</p> <p>(3.) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: WWK Lebensversicherung a. G., Marsstraße 37, 80335 München, info@wwk.at. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.</p> <p>(4.) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm ein der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diesen Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzahlen.</p> <p>(5.) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.</p>
<b>Mitteilung über das Rücktrittsrecht nach § 8 FernFinG bzgl. Fernabsatz</b>	<p>Sie können vom Versicherungsvertrag oder ihrer Vertragserklärung binnen 30 Tagen zurücktreten. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt zu laufen, zu dem Sie über den Abschluss des Versicherungsvertrages informiert werden (Zugang des Versicherungsscheins). Haben Sie die Versicherungsbedingungen und Vertragsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist erst mit Erhalt dieser Unterlagen zu laufen. Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.</p> <p><b>Die Rücktrittserklärung ist zu richten an:</b>  WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit  Marsstraße 37 · 80335 München · Deutschland  E-Mail: info@wwk.at</p> <p>Innerhalb der Rücktrittsfrist darf mit der Erfüllung des Vertrages erst nach Ihrer ausdrücklicher Zustimmung begonnen werden.</p> <p>Erklären Sie fristgerecht den Rücktritt, so erstatten wir unverzüglich, spätestens aber binnen 30 Tagen ab Erhalt der Rücktrittserklärung, die von Ihnen gezahlten Prämien. Sie haben unverzüglich, spätestens aber binnen 30 Tagen ab Absendung der Rücktrittserklärung, von uns erhaltene Geldbeträge zurückzahlen.</p>
<b>Informationen gemäß LV-InfoV</b>	<input type="checkbox"/> Ich habe alle Informationen gemäß Informationspflichten-Verordnung (LV-InfoV) wie die Versicherungsbedingungen, die Merkblätter (Fondsübersichten, etc.), das Basisinformationsblatt, die Modellrechnungen und Antragskopie erhalten.
<b>Vereinbarung der elektronischen Kommunikation</b>	<p>Ich wurde über ein Versicherungsprodukt der WWK Lebensversicherung a.G. beraten und möchte für den Abschluss des Versicherungsvertrages Folgendes vereinbaren.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass mir sämtliche vorvertraglichen Informationen, wie die Verbraucherinformationen, die Versicherungsbedingungen, die Merkblätter (Fondsübersichten, etc) und die Modellrechnungen sowie die Antragskopie elektronisch übermittelt werden.</p> <p>Ich erkläre, dass mich unter nachfolgender E-Mail-Adresse Nachrichten des Versicherers erreichen können.  Ich bin damit einverstanden, dass mir auf diese E-Mail-Adresse auch die von mir erhobenen Gesundheitsdaten gesandt werden.</p> <p>E-Mail-Adresse  <input style="width: 100%;" type="text"/></p>
<b>Vertragsunterschriften</b>	<p>➤ <b>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Vertragsunterlagen rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags in geschriebener Form erhalten habe und stimme zu, dass - rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt - der Versicherungsschutz vor Ablauf der Rücktrittsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.</b></p> <p>➤ <b>Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass sämtliche Erklärungen, welche den Bestand oder Inhalt des Versicherungsvertrages betreffen (z. B. Kündigung, Mitteilung oder Änderung von Drittrechten oder Bezugsrechten sowie Anzeigen des Verlustes des Versicherungsscheins) aus Gründen der Rechtssicherheit nur in schriftlicher Form (d. h. eigenhändig unterschrieben) erfolgen dürfen.</p> <p style="text-align: right;">Ort <input style="width: 60%;" type="text"/> Datum TT/MM/JJJJ <input style="width: 20%;" type="text"/></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 22%; text-align: center;"> <p><b>X</b></p> <p>Unterschrift <b>Antragsteller/-in</b>  (nur bei WWK PremiumRisk: falls nicht Antragsteller/-in persönlich unterschreibt, muss der Bevollmächtigte vollständig identifiziert werden - Formblatt 1011 verwenden)</p> </div> <div style="width: 22%; text-align: center;"> <p><b>X</b></p> <p>Unterschrift <b>aller gesetzlichen Vertreter</b>, falls Antragsteller/-in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist</p> </div> <div style="width: 22%; text-align: center;"> <p><b>X</b></p> <p>Unterschrift <b>zu versichernde Person</b>, falls nicht Antragsteller/-in</p> </div> <div style="width: 22%; text-align: center;"> <p><b>X</b></p> <p>Unterschrift <b>Antragsvermittler/-in</b>  Die richtige/n Person/en hat/haben in meiner Gegenwart unterschrieben.</p> </div> </div> <p><b>Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.</b></p>

## Wichtige allgemeine Informationen

**Nichtrauchererklärung** Eine Änderung des Nichtraucherstatus ist uns innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung wird dann ab dem auf die Anzeige folgenden Beginn der nächsten Beitragszahlung auf den Status »Raucher« umgestellt. Tritt nach Ablauf dieser Frist der Leistungsfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt ist, vermindert sich die Todesfallsumme auf diejenige eines Rauchers mit dem entsprechenden Beitrag.

**Hinweise** **Streitbelegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle**

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Wir sind bereit und verpflichtet, an Streitbelegungsverfahren vor dieser Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitbelegungsverfahren in Anspruch nehmen.

**Sie können Ihre Anfragen richten an:**  
Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin  
Deutschland

www.versicherungsombudsmann.de

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

Die WWK Lebensversicherung a. G. hat sich verpflichtet, die Durchführung **prädiktiver Gentests** nicht zur Voraussetzung eines Vertragsabschlusses zu machen. Bereits vorliegende Befunde solcher Tests müssen erst ab einer Gesamttodesfallsumme von 250.000 EUR bzw. einer jährlichen Barrente von 30.000 Euro bei Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht offen gelegt werden. Dabei verstehen wir unter einem »prädiktiven Gentest« die Untersuchung des Erbguts einer gesunden Person auf Veränderungen, die auf eine Veranlagung für bestimmte Erkrankungen hinweisen.

Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten die Bedingungen, die der Formulkopie für den Versicherungsnehmer beigelegt sind.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den/die Versicherungsnehmer/-in im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

### Weitergabe Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten zur Bonitätsprüfung

**Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass seine 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 das allgemeine 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 Lebensversicherung a. G., ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunft (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 Zahlungsbefehl wird eine Meldung hierüber an die Auskunft (Firma Infoscore) gemacht.

➤ Die Durchführung der Bonitätsprüfung liegt im berechtigten Interesse der WWK Lebensversicherung a. G., Zahlungsausfälle zu vermeiden, Betrugsversuche abzuwehren und ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung nachzukommen. Die Bonitätsprüfung erfolgt aufgrund eines mathematisch-statistischen Verfahrens und sichert insofern einen objektiven Beurteilungsmaßstab. Einbezogen in die Berechnung werden qualifizierte Zahlungsausfälle (Inkassoeinträge, Insolvenz, das Begleichen dieser Zahlungsausfälle etc.) sowie Vor- und Nachname, Geburtsdatum und Adresse des Antragstellers, bei Firmen Firmenname, ggf. Geschäftsführer und Gesellschafter, sowie Adresse.

➤ Sie können die Beurteilung Ihrer Zahlungsfähigkeit ausschließlich aufgrund der Bonitätsprüfung ablehnen und eine manuelle Bearbeitung Ihrer Angelegenheit verlangen. Diesfalls ersuchen wir Sie um Kontaktaufnahme unter WWK Lebensversicherung a. G., Marsstr. 37, 80335 München oder info@wwk.at. Bitte beachten Sie aber, dass dies mitunter zu einer verzögerten Bearbeitung Ihres Versicherungsfalls führen kann und die WWK Lebensversicherung a. G. unter Umständen zusätzliche Unterlagen und Sicherheiten von Ihnen anfordern muss.

**Mitteilungen Vertragspartner/-in im Außendienst** (Bei der Policierung ist der genannte Beitrag maßgebend.)  
**Ergänzungen durch die Außenstelle** (Nummer, Eingangsstempel)

VN ist Mitarbeiter der WWK Versicherungen

## Folgendes gilt für die beantragten Versicherungen bei der WWK Lebensversicherung a. G.

### Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Aufgrund Ihres Antrags gewähren wir Versicherungsschutz gemäß den unten abgedruckten »Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung«.

#### WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit Der Vorstand



### Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Lebensversicherung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,  
mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen Versicherungsnehmer.

#### Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

#### § 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Wenn Sie eine **Renten- oder Lebensversicherung** beantragt haben, erstreckt sich der vorläufige Versicherungsschutz auf die für den Todesfall beantragten garantierten Leistungen, sofern eine Karenzzeit nicht vorgesehen ist. Er erstreckt sich jedoch nicht auf die für den Fall der Terminal Illness beantragten Leistungen.

(2) Haben Sie eine **Berufsunfähigkeitsversicherung** oder eine **Gundfähigkeitsversicherung** beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufsunfähigkeit oder eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne der diesen Versicherungen im Sinne der diesen Versicherungen zugrunde liegenden Bedingungen ein, erstreckt sich der vorläufige Versicherungsschutz auf die für den Fall der Berufsunfähigkeit bzw. der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beantragten Leistungen, sofern eine Karenzzeit nicht vorgesehen ist.

Darüber hinaus gilt folgendes:

a) Eine Rente wegen Berufsunfähigkeit oder einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten zahlen wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit oder die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

b) Die Leistungen aus der Beitragsbefreiung erbringen wir nur, wenn und solange die beantragte Versicherung zustande gekommen und nicht weggefallen ist.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten aus der jeweiligen Versicherung mit dem Ablauf der jeweils vorgesehenen Leistungsdauer.

#### (3) Höchstbeträge unserer Leistungen:

Aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir im Todesfall höchstens 150.000 EUR.

Bei Berufsunfähigkeit oder einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beträgt die Höchstrente 12.000 EUR jährlich.

Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge für dieselbe zu versichernde Person, welche zusammengerechnet den jeweiligen Höchstbetrag übersteigen, gestellt worden sind.

#### § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

(1) eine Karenzzeit nicht vereinbart ist;

(2) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;

(3) uns eine Ermächtigung zum Beitragsinzug erteilt worden ist, wenn nichts Abweichendes vereinbart wurde;

(4) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;

(5) Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;

(6) die versicherte Person bei Unterzeichnung des Antrags das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

#### § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung des Antrags, mittags 12:00 Uhr.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung oder nach einem weiteren Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz ein gleichartiger Versicherungsschutz begonnen hat. Dies gilt auch, wenn die Versicherung oder ein weiterer Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer geschlossen wird;

b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;

c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen oder von Ihren Rücktrittsrechten Gebrauch gemacht haben;

d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 VersVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;

e) der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in geschriebener Form oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.

(3) Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

#### § 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden; dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind. Dies gilt nicht, wenn die versicherte Person den Zusammenhang zwischen Ursache und Versicherungsfall nicht vorhersehen konnte.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(3) Ist der Versicherungsfall unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht, entfällt unsere Leistungspflicht.

#### § 5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag, erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme gemäß § 1. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

---

**§ 6 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?**

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung

Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht benannt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

---

## Tarifbeschreibung

---

**WWK BioRisk  
Berufsunfähigkeits-  
versicherung**

Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:  
**BSA22** Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

---

**WWK BioRisk  
Grundfähigkeits-  
versicherung**

Im Falle der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten leisten wir bei:  
**GSA22** Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

---

**Karenzzeit**

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

---

**Rentensteigerung**

Nach Eintritt des Leistungsfalls und nach Ablauf einer eventuell vereinbarten Karenzzeit erhöht sich die vereinbarte monatliche Rente zum Jahrestag des Beginns unserer Rentenzahlungspflicht um den vereinbarten Prozentsatz.

---

**Grundfähigkeits-  
paket *Plus***

Zusätzlicher Leistungsumfang für die Grundfähigkeitsversicherung – bei allen möglichen Berufen eingeschlossen.

---

**Wechsoption für  
Schüler und Studenten**

Für einen späteren Wechsel aus der Grundfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung.  
Das Eintrittsalter beträgt maximal 30 Jahre und das Versicherungsablaufalter mindestens 60 Jahre.

---

**Dynamik**

Zu Beginn jedes Versicherungsjahres wird der Beitrag gemäß den »Besonderen Bedingungen für Versicherungen mit Dynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung« erhöht. Durch Einschluss der Dynamik erhöht sich der Beitrag jährlich um den vereinbarten Prozentsatz.  
Die Beitragserhöhung bewirkt – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine Erhöhung aller tariflichen Versicherungsleistungen.  
Gilt nicht für eine mitversicherte Einmalzahlung.

---

**Einmalzahlung**

Die Einmalzahlung wird nur bei erstmaligem Eintritt der Berufsunfähigkeit/Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten fällig; sie ist in jedem Vertrag mit eingeschlossen.

---

**WWK PremiumRisk  
Risikoablebens-  
versicherung**

**HA22** Risikoablebensversicherung mit gleich bleibender Versicherungssumme, Terminal Illness eingeschlossen  
**HFA22** Risikoablebensversicherung mit fallender Versicherungssumme und abgekürzter Beitragszahlungsdauer

---

**Dynamik**

Zu Beginn jedes Versicherungsjahres wird der Beitrag gemäß den »Besonderen Bedingungen für die Dynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung« erhöht. Durch Einschluss der Dynamik erhöht sich der Beitrag jährlich um einen wie im Formular vereinbarten Prozentsatz. Die Beitragserhöhung bewirkt – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine Erhöhung aller tariflichen Versicherungsleistungen.

---