

Antrag zum Abschluss einer

**Berufsunfähigkeits-,  
Erwerbsunfähigkeits-,  
Grundfähigkeitsversicherung  
WWK BioRisk**

WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit  
Marsstraße 37 · 80292 München  
Telefon (089) 5114-0 · Fax (089) 5114-2337  
E-Mail: [info@wwk.de](mailto:info@wwk.de) · [www.wwk.de](http://www.wwk.de)

**WWK**  
Versicherungen

# Antrag zum Abschluss einer Versicherung

WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit  
Marsstraße 37 · 80292 München  
Telefon (089) 5114-0 · Fax (089) 5114-23 37  
E-Mail: info@wwk.de · www.wwk.de



Fläche ist reserviert für Bündel-Barcode  
bitte nur einen Bündel-Barcode aufkleben

## WWK BioRisk

Abschluss-  
vermittler \_\_\_\_\_  
Ast.-Nr. \_\_\_\_\_ AV.-Nr. \_\_\_\_\_ KB \_\_\_\_\_ APS % \_\_\_\_\_ Aktions-Nr. \_\_\_\_\_ Agentur \_\_\_\_\_ Antrags-Nummer \_\_\_\_\_

**Versicherungsnehmer/-in (VN = VP)** Versicherungsnehmer/-in = versicherte Person Bei abweichenden Angaben bitte WWK Ergänzungsbogen (3927) verwenden.

Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
weiblich  männlich  seit \_\_\_\_\_ Jahren wohnhaft in der EU

**Anschrift** \*freiwillige Angabe  
Straße und Hausnummer \_\_\_\_\_ (0 \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \*  
telefonisch erreichbar unter Nummer \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_ Länderkennzeichen \_\_\_\_\_

**Beruf (VN)** derzeitiger Beruf/Tätigkeit/Branche \_\_\_\_\_ Arbeitnehmer  Beamter  selbstständig   
in Ausbildung  arbeitslos  Beschäftigte MA \_\_\_\_\_

**Beitragszahlung** Die Beitragszahlung soll durch Abbuchung der Beiträge vom Konto erfolgen. Für die Abbuchung wird bis auf Widerruf die Erlaubnis erteilt. (Sammel-) Überweisung

Bankleitzahl \_\_\_\_\_ Kontonummer \_\_\_\_\_ Name/Vorname **Kontoinhaber/-in**, wenn nicht Versicherungsnehmer/-in \_\_\_\_\_  
Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts und Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift **Kontoinhaber/-in**, wenn nicht Versicherungsnehmer/-in \_\_\_\_\_

**Bezugsberechtigung** Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung  
Im Erlebensfall ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.  Im Todesfall der versicherten Person ist der am Todestag mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.  Bei abweichenden Angaben bitte WWK Ergänzungsbogen (3927) verwenden.

**Angaben nach dem Geldwäschegesetz** Der Versicherungsnehmer handelt für eigene Rechnung ja  nein   
Wenn nein, Name und Anschrift des wirtschaftlich Berechtigten \_\_\_\_\_ Geburtsort (VN) \_\_\_\_\_  
Angaben zur Identifizierung (VN) Personalausweis  Reisepass  Nummer \_\_\_\_\_ Ausstellungsbehörde \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

**Beginn** 0 1 \_\_\_\_\_ 12 Uhr mittags

**Tarif** siehe Tarifbeschreibung/Erläuterungen Tarifart: NT  R1  R2  G1   
Karenzzeit (K) bei Rente in Monaten Standard: keine oder 6  12  18  24   
**Berufsunfähigkeit** Tarif **B S 0 2**  monatliche Rente  \_\_\_\_\_ EUR Einmalzahlung   
**b - B S 0 2**  Bei Renten über 1.000 EUR WWK Ergänzungsbogen (3927) verwenden. Hinweis: Bei einer lebenslangen monatlichen Rente erst ab 400 EUR möglich. Die Einmalzahlung ist von der evtl. gewählten Dynamik und Karenzzeit ausgeschlossen.  
**Erwerbsunfähigkeit** Tarif **E S 0 2**  Rentensteigerung im Leistungsfall (1% – 3%) \_\_\_\_\_ % Möglicher Übergang in lebenslange Altersrente   
Es sind nur ganze Prozentsätze möglich. (nicht möglich bei b-BS02) siehe Tarifbeschreibung  
**Grundfähigkeit** Tarif **G S 0 2**  oder \_\_\_\_\_ Jahre oder \_\_\_\_\_ Jahre oder \_\_\_\_\_ Jahre oder \_\_\_\_\_ Jahre  
Beitragszahlungsdauer Beitragszahlungs-Ablaufalter Leistungsdauer Leistungs-Ablaufalter Versicherungsdauer Versicherungs-Ablaufalter

**Dynamik** Erläuterung siehe Tarifbeschreibung  
Gewünschte Dynamik (1% – 6%): \_\_\_\_\_ % **Hinweis:** Bei Renten über 1.500 EUR maximal 3%. Es sind nur ganze Prozentsätze möglich.

**Beitrag und Zahlungs-Zeitraum** Zahlungs-Zeitraum monatlich  1/4-jährlich  1/2-jährlich  jährlich   
Beitrag \_\_\_\_\_ EUR Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungs-Zeitraums  
Der Beitrag enthält bei unterjähriger Zahlungsweise einen Ratenzuschlag.

**Überschussbeteiligung** Sofortverrechnung  Fondsansammlung   
verzinsliche Ansammlung  Gewünschter Fonds:  WWK Depot Strategie 80/20 (Risikoklasse 3)  
Leistungsbonus   Sonstiger (siehe Fondsauswahlblatt 3945)

**Internetzugang** Ich bin am Internetzugang für diesen Vertrag interessiert ja



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. **Mit Ihrer Unterschrift auf dem Zusatzblatt Vorvertragliche Anzeigepflicht bestätigen Sie, dass Sie die wichtigen Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht erhalten und wir Sie über eine Anzeigepflichtverletzung informiert haben.** Alle im Folgenden genannten Beispiele können nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungsbeispiele umfassen.

### 1. Allgemeine Gesundheitserklärung der versicherten Person (VP)

- 1.1 Größe  cm und Körpergewicht (ohne Kleidung)  kg
- 1.2 Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** ambulant untersucht, beraten oder behandelt worden bezüglich
- 1.2.1 des Herzens oder der Gefäße (z. B. erhöhter Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Herzschwäche, Herzschmerzen, Herzmuskelschäden, Herzrhythmusstörungen, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit, Gefäßverschluss oder Durchblutungsstörungen der Beinvenen)?
- 1.2.2 der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen)?
- 1.2.3 der Verdauungsorgane: Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse; (z. B. Entzündungen oder Geschwüre, erhöhte Laborwerte)?
- 1.2.4 der Nieren und Harnwege (z. B. Entzündungen, Steine, Zysten)?
- 1.2.5 des Gehirns oder des zentralen Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, andere neurologischer Erkrankungen, Lähmungen, Migräne)?
- 1.2.6 des Stoffwechsels oder des Blutes (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Anämie, Gerinnungsstörungen)?
- 1.3 Haben Sie sich **in den letzten 10 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 angeraten?

- 1.4 Wurden Sie **in den letzten 10 Jahren** beraten, untersucht oder behandelt oder sind solche Maßnahmen vorgesehen wegen
- 1.4.1 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (Krebs)?
- 1.4.2 eines Suizidversuchs?
- 1.4.3 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmitteln?
- 1.4.4 der Folgen von Alkoholgenuß oder Alkoholabhängigkeit?
- 1.4.5 Erkrankungen oder Störungen der Psyche (z. B. depressive Stimmungen, Angstzustände, Belastungsreaktion, Essstörung)?
- 1.5 Wurde bei Ihnen eine AIDS-Infektion (HIV-Infektion) festgestellt?
- 1.6 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
- 1.7 Wurden für Sie Lebens- oder Berufsunfähigkeits-Versicherungsanträge gestellt oder entsprechende Versicherungen abgeschlossen? Bei wem, wann, in welcher Höhe?
- 1.8 Wurden Ihnen Lebens- oder Berufsunfähigkeits-Versicherungsanträge in den letzten 5 Jahren abgelehnt, zurückgestellt bzw. wurden Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen gefordert? Wann, weshalb, von wem?
- 1.9 Sind Sie beruflich 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)?
- 1.10 Ist eine Tätigkeit außerhalb Europas geplant? Wann, wo, wie lange?

### 2. Ergänzende Erklärungen (nur bei WWK Premium Risk)

- 2.1 Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren ein Gesamtcholesterinwert von mehr als 220 mg/dl festgestellt? Wann, wie hoch?
- 2.2 Wurde bei Ihnen in den letzten 5 Jahren ein Blutdruck von mehr als 140/90 festgestellt?

#### Nichtrauchererklärung

Ich habe in den vergangenen 12 Monaten  keine Zigaretten geraucht  Zigaretten geraucht

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

### 3. Gesundheitserklärung (nur bei WWK BioRisk)

- 3.1 Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** ambulant untersucht, beraten oder behandelt worden bezüglich
- 3.1.1 der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)?
- 3.1.2 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, Meniskus-schaden, Verschleiß, Rheuma, Fibromyalgie?
- 3.1.3 der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grüner Star)?

- 3.1.4 der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?
- 3.2 Bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen Renten oder sonstige Versorgungsleistungen?
- 3.3 Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Behinderungen, Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Amputationen), wurde eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), eine Schwerbehinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder beantragt?

Ist eine der Fragen 1.2 bis 3.3 mit „ja“ beantwortet, sind Einzelheiten anzugeben.

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.

Name und Anschrift des Hausarztes

.....

.....

.....

Alle hier genannten Ärzte entbinde ich unwiderruflich von der Schweigepflicht. Sollte eine Arztanfrage der WWK erfolgen, werde ich noch separat verständigt.

Erläuterungen zur Entbindung von der Schweigepflicht siehe Einwilligungserklärung Punkt 3.

Es wird – soweit nicht anderes gewünscht – standardmäßig die Variante 1 vereinbart. – Ich wünsche ausdrücklich Variante 2

### Zusätzliche Hinweise und Erklärungen

Vor und nach Abschluss des Vertrags gilt deutsches Recht.

Bevor Sie dieses Formular unterschreiben, lesen Sie bitte die **Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person**. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Hinweise und Erklärungen gelesen und akzeptiert haben. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie ferner, dass Sie die wichtigen Informationen zur **vorvertraglichen Anzeigepflicht** als zusätzliche Seite erhalten haben. **Außerdem stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.** Vertragspartner/-innen im Außendienst sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben.

### Informationspflichten-Verordnung

Ich habe alle Informationen gem. Informationspflichten-Verordnung erhalten.

### Unterschriften

Eine Kopie habe ich erhalten.

Ort

Datum

Bitte Unterschriften mit Vor- und Zunamen

X

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

X

Unterschrift **zu versichernde Person**, falls nicht VN und ggf. **gesetzlicher Vertreter**, falls VP minderjährig ist

X

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

# Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person

## I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir, die WWK Lebensversicherung a. G., insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt, anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt.

Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften

erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch für die Fälle, die nicht von vornherein durch die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden (vgl. dazu Ziffer II).

Einen intensiveren Schutz genießen besondere Arten personenbezogener Daten (insbesondere Ihre Gesundheitsdaten). Wir dürfen sie im Regelfall nur verwenden, wenn Sie zuvor hierzu ausdrücklich einwilligen (vgl. dazu Ziffer III).

Mit den nachfolgenden Einwilligungen zu Ziffer II und Ziffer III ermöglichen Sie zudem eine Datenverwendung auch solcher Daten, die dem besonderen gesetzlichen Schutz von Privatgeheimnissen gemäß § 203 Strafgesetzbuch unterliegen.

Diese Einwilligungen sind ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirken unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zu Stande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligungserklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

## II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten

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

- zur Risikobeurteilung, zur Vertragsabwicklung und zur Prüfung der Leistungspflicht durch die WWK Lebensversicherung a. G..
- zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit einem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe.
- zur gemeinschaftlichen Führung von Datensammlungen der Unternehmen der WWK-Gruppe, um die Anliegen im Rahmen der Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung schnell, effektiv und kostengünstig bearbeiten zu können (z. B. richtige Zuordnung Ihrer Post oder Beitragszahlungen). Diese Datensammlungen enthalten Daten wie Name, Adresse, Geburtsdatum, Kundennummer, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, Art der bestehenden Verträge, sonstige Kontaktdaten.
- zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur dortigen Verwendung durch Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie – sofern erforderlich – ebenfalls entsprechende Daten übermitteln.
- durch andere Unternehmen / Personen innerhalb und außerhalb der WWK-Gruppe, denen der Versicherer (oder Rückversicherer) Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung überträgt. Die Unternehmen/Personen werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die eingeschalteten Unternehmen/ Personen sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung

verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

- zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung einer besonderen Konzerndatenbank, Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft mit Daten, die der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) im Auftrag für die Versicherer verschlüsselt. Im Bereich der privaten Kranken- und Pflegeversicherung können zu den vorgenannten Zwecken Anfragen über den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. Köln (PKV) an andere private Krankenversicherungsunternehmen gerichtet werden. Auf Basis dieser Systeme kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen.
- zur Beratung und Information über Versicherungs- oder sonstige Finanzdienstleistungen durch die WWK Lebensversicherung a. G., anderer Unternehmen der WWK-Gruppe oder den für mich zuständigen Vermittler.
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G. selbst Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten einholt. Dies kann auch erfolgen durch ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunftfee (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA).
- zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G., ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunftfee eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit (bzw. der Kundenbeziehung, Scoring) einholt.

## III. Erklärung zur Schweigepflichtentbindung und Verwendung von Gesundheitsdaten

### 1. Verwendung von Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung

#### a) Schweigepflichtentbindung zur Risikobeurteilung bei Vertragsabschluss

Ihre vor Vertragsabschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand werden überprüft, soweit dies zur Beurteilung des zu versichernden Risikos erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang für eine der beiden Möglichkeiten:

#### Variante 1

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsabschluss für den Versicherer

konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die WWK Lebensversicherung a. G. wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

#### Variante 2

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich auf Grund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

**b) Schweigepflichtentbindung zur Prüfung der Leistungspflicht**

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der Liquidation).

Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

**Variante 1**

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren.

Die WWK Lebensversicherung a. G. wird mich vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass ich der Erhebung widersprechen kann.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

**Variante 2**

Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zur Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich auf Grund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

fung, Leistungskürzung oder gar zu Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich auf Grund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

**c) Datenverwendung zur Risikobeurteilung und Leistungsprüfung**

Ich willige in die Verwendung der von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung und zur Leistungsprüfung durch die WWK Lebensversicherung a. G. ein. Die Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung sind zu beachten.

**2. Verwendung von Gesundheitsdaten für weitere Zwecke**

Ich willige ein, dass die von den vorstehenden Schweigepflichtentbindungserklärungen gemäß Ziffer III. 1. erfassten oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und Datenvermeidung im Sinne der Ziffer II. Nr. 1 (hinsichtlich der Vertragsabwicklung), Nr. 2 (Datenaustausch mit dem Vorversicherer), Nr. 4 (Rückversicherung), Nr. 5 (Outsourcing), Nr. 6 (Missbrauchsbekämpfung) und Nr. 7 (Beratung und Information) verwendet werden dürfen. An den PKV-Verband werden im Rahmen der Ziffer II. 6. keine Gesundheitsdaten weitergegeben. Zur Missbrauchsbekämpfung im Rahmen einer besonderen Konzerndatenbank dürfen Gesundheitsdaten nur von Kranken-, Unfall- und Lebensversicherern eingesehen und verwendet werden (Ziffer II. 6.). Im Rahmen der Beratung und Information (Ziffer II. 7.) dürfen Gesundheitsdaten nur an meinen Vermittler weitergegeben werden, sofern hierzu im Rahmen der Vertragsgestaltung bei der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ein konkreter Anlass besteht.

Soweit die Weitergabe der Gesundheitsdaten im Rahmen der genannten Verwendungszwecke erforderlich ist, entbinde ich hiermit auch den Versicherer von der Schweigepflicht.

**Hinweise**

**Die WWK Versicherungen sind Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V..** Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Anschrift: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

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 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.

**Mitteilungen Vertragspartner/in im Außendienst**

Bei der Policierung ist maßgebend:

der genannte Beitrag

die genannte Rente

**Ergänzungen durch die Außenstelle**

Nummer

Eingangsstempel

Fremdordnungsbeleg

Formular-Recherche mit Fbl. 6100-1401 (Erst-Betreuungs-Auftrag)

ja

nein

**Nur für Zentraldirektion**

Interne Vermerke

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

## Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Auf Grund 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) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall und die für den Fall der Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beantragten Leistungen, sofern eine Karenzzeit nicht vorgesehen ist.
- (2) Wenn Sie eine Unfall-Zusatzversicherung (UZV) beantragt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfallversicherungssumme, falls ein Unfall
  - a) während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und
  - b) innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltage zum Tode der versicherten Person führt.
- (3) Haben Sie eine Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherung, Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherung oder einer Grundfähigkeits-(Zusatz-)versicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne der diesen Versicherungen zugrunde liegenden Bedingungen ein, so gilt:
  - a) Eine Rente wegen Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten zahlen wir nur, wenn uns die Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. 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 zu Stande gekommen und nicht weggefallen ist.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten aus der jeweiligen (Zusatz-)versicherung mit dem Ablauf der jeweils vorgesehenen Leistungsdauer.

- (4) Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir im Todesfall einschließlich der Zahlungen aus einer Unfall-Zusatzversicherung höchstens 150.000 EUR.

Bei Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. bei einer Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beträgt die Höchstrente 12.000 EUR jährlich, die Beitragsbefreiung gilt für eine Versicherungssumme (aus der beantragten Versicherung) von maximal 150.000 EUR.

Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge für die selbe 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

- a) eine Karenzzeit nicht vereinbart ist;
- b) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- c) uns eine Ermächtigung zum Beitragsinzug erteilt worden ist. Bei Vermögensbildungsversicherungen reicht es aus, wenn uns der „Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber“ vorliegt;
- d) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- e) Ihr Antrag nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht;
- f) 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 Hauptversicherung oder ein weiterer Vertrag über vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer geschlossen wird;
  - b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
  - c) Sie von Ihrem Widerrufsrecht gem. § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;
  - d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
  - e) der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenen Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform 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 auf Grund 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.
- (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 Kriegereignisse oder innere Unruhen verursacht, entfällt unsere Leistungspflicht.

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

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag.

#### § 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, einschließlich derjenigen für eine beantragte Unfall-Zusatzversicherung sowie Berufs-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-(Zusatz-)versicherung. 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\*

<b>Berufsunfähigkeitsversicherung</b>	Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei: <b>BS02F</b> Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der bei Antragstellung vereinbarten Höhe. <b>BS02M</b> <b>b-BS02F</b> Basisschutz mit Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der bei Antragstellung vereinbarten Höhe. <b>b-BS02M</b>
<b>Erwerbsunfähigkeitsversicherung</b>	Im Falle der Erwerbsunfähigkeit leisten wir bei: <b>ES02F</b> Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der bei Antragstellung vereinbarten Höhe. <b>ES02M</b>
<b>Grundfähigkeitsversicherung</b>	Im Falle der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten leisten wir bei: <b>GS02F</b> Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der bei Antragstellung vereinbarten Höhe. <b>GS02M</b>
<b>Karenzzeit</b>	<b>K</b> Bei Berufsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit / Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beginnt die Leistungspflicht erst nach Ablauf der bei Formularstellung vereinbarten Karenzzeit (nicht Beitragsbefreiung und Einmalzahlung).
<b>Einmalzahlung</b>	Die Einmalzahlung wird nur bei erstmaligem Eintritt der Berufsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit / Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten fällig.
<b>Rentensteigerung</b>	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. Geht die monatliche Rente in eine Altersrente über, wird die Rentensteigerung fortgesetzt und erfolgt jährlich zum Jahrestag des Beginns der Altersrente um den vereinbarten Prozentsatz, erstmals zu Beginn der Altersrente. Die weiteren Steigerungen der Altersrente werden, jeweils zum Jahrestag des Beginns der Altersrente vorgenommen.
<b>Lebenslange Altersrente</b>	Die Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsrente geht in eine lebenslange Altersrente gleicher Höhe über, wenn die Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder der Verlust der Grundfähigkeit während der Versicherungsdauer, spätestens aber zehn Jahre vor Ende der Leistungsdauer eintritt und bis zum Ablauf der Leistungsdauer ununterbrochen andauert. Hinweis: Die lebenslange Altersrente ist nicht möglich bei der Berufsunfähigkeitsversicherung Basis (b-BS02).
<b>Dynamik</b>	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.

\*Der letzte Buchstabe bei den Tarifbeschreibungen bedeutet: **F** = die versicherte Person ist weiblich  
**M** = die versicherte Person ist männlich

**NT** Normaltarif      **R1/R2/G1** Kollektivtarif

## Zusatzblatt zum Antrag Vorvertragliche Anzeigepflichten

Antrag vom \_\_\_\_\_ Name/Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Fragen im Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. 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 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 wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

##### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns 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 Rückkaufswertes.

##### 2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir 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.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

##### 3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

##### 4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung 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 Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

##### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

### Unterschriften

Eine Kopie habe ich erhalten.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Bitte Unterschriften mit Vor- und Zunamen

X

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

X

Unterschrift zu **versichernde Person**, falls nicht VN und ggf. **gesetzlicher Vertreter**, falls VP minderjährig ist

X

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

