

Leben

**WWK Premium**

**FondsRente *protect***

**Rückdeckungsversicherung über  
eine Unterstützungskasse**

Antrag: Standardantrag

Tarif: FVG25

**Notwendige Zusatzseite**

› Anlagemöglichkeiten 7139

**Mögliche Zusatzseite**

› Gesundheitserklärung 3574

**bAV**

**WWK**

Eine starke Gemeinschaft

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





Eine starke Gemeinschaft

# WWK Premium FondsRente *protect*

Antrag auf Abschluss einer Rückdeckungsversicherung zur Finanzierung der Zusage über Unterstützungskassen

**Neuantrag**     **Änderungsantrag**  
 zur Versicherungsnummer

<b>Abschlussvermittler</b>	<table border="1"> <tr> <td>Ast.-Nr.</td> <td>AV.-Nr.</td> <td>Aktions-Nr.</td> <td>Antragsnummer</td> <td>Fremdordnungsbegriff</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Ast.-Nr.	AV.-Nr.	Aktions-Nr.	Antragsnummer	Fremdordnungsbegriff	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																												
Ast.-Nr.	AV.-Nr.	Aktions-Nr.	Antragsnummer	Fremdordnungsbegriff																																																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																			
<b>Versicherungsnehmer/-in (VN) und Anschrift (VN = Unterstützungskasse)</b>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Firma</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Rechtsform</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Straße und Hausnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Ort</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Registernummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> </table>	Firma		<input type="text"/>		Rechtsform		<input type="text"/>		Straße und Hausnummer		<input type="text"/>		PLZ	Ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Registernummer		<input type="text"/>																																																																																			
Firma																																																																																																							
<input type="text"/>																																																																																																							
Rechtsform																																																																																																							
<input type="text"/>																																																																																																							
Straße und Hausnummer																																																																																																							
<input type="text"/>																																																																																																							
PLZ	Ort																																																																																																						
<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																																																						
Registernummer																																																																																																							
<input type="text"/>																																																																																																							
<b>Arbeitnehmer = versicherte Person (VP) = Versorgungsberechtigter</b>	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Titel</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> weiblich    <input type="checkbox"/> männlich</td> <td colspan="2">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Name</td> <td colspan="2">Vorname</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Straße und Hausnummer</td> <td colspan="3">Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="text"/></td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Wohnort</td> <td colspan="2">Land</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)</td> <td colspan="3">Mobiltelefon (freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="text"/></td> <td colspan="3"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geburtsort</td> <td colspan="2">Geburtsland</td> <td colspan="2">Staatsangehörigkeit</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> <td colspan="2"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6">Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit/Branche</b></td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="text"/></td> </tr> </table>	Titel		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Geburtsdatum TT/MM/JJJJ		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		Name		Vorname				<input type="text"/>		<input type="text"/>				Straße und Hausnummer			Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)			<input type="text"/>			<input type="text"/>			PLZ	Wohnort	Land				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)			Mobiltelefon (freiwillige Angabe)			<input type="text"/>			<input type="text"/>			Geburtsort		Geburtsland		Staatsangehörigkeit		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)						<input type="text"/>						<b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.						Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit/Branche</b>						<input type="text"/>					
Titel		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Geburtsdatum TT/MM/JJJJ																																																																																																			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																			
Name		Vorname																																																																																																					
<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																					
Straße und Hausnummer			Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)																																																																																																				
<input type="text"/>			<input type="text"/>																																																																																																				
PLZ	Wohnort	Land																																																																																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																			
E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)			Mobiltelefon (freiwillige Angabe)																																																																																																				
<input type="text"/>			<input type="text"/>																																																																																																				
Geburtsort		Geburtsland		Staatsangehörigkeit																																																																																																			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																			
Deutsche Steueridentifikationsnummer (Steuer-ID)																																																																																																							
<input type="text"/>																																																																																																							
<b>Hinweis:</b> Bitte beachten Sie, dass es bei fehlender Angabe der Steuer-ID der versicherten Person zu Verzögerungen bei angeforderten Auskünften kommen kann.																																																																																																							
Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit/Branche</b>																																																																																																							
<input type="text"/>																																																																																																							
<b>Geldwäschegesetz Legitimation</b>	<p>Der Versicherungsnehmer (=Unterstützungskasse) ist bereits vollständig identifiziert.</p> <p>Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen:</p> <p><input type="checkbox"/> auf meine <b>eigene Veranlassung</b>. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>nicht auf eigene Veranlassung</b>. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt. (*)</p> <p style="text-align: right;">(*) Zur Identifizierung eines Dritten bei natürlichen Personen Formblatt 1011 und bei juristischen Personen Formblatt 1010 verwenden.</p>																																																																																																						
<b>Wirtschaftlich Berechtigter</b>																																																																																																							
<b>Leistungsempfang/Bezugsberechtigung</b>	<p>Alle im Todes- und Erbensfall der versicherten Person fälligen Leistungen der Rückdeckungsversicherung werden an den Versicherungsnehmer erbracht.</p>																																																																																																						

<b>Beitragszahlung</b>	<p><b>SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen</b> <span style="float: right;"><b>WWK Lebensversicherung a. G. Gläubiger-Identifikations-Nr. DE81WWK0000069127</b></span></p> <p>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. <b>Hinweis:</b> 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.</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Überweisung</p> <p>Name <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz) <input style="width: 40%;" type="text"/> PLZ <input style="width: 10%;" type="text"/> Wohnort (Firmensitz) <input style="width: 40%;" type="text"/></p> <p>Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>IBAN <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p><b>Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!</b></p> <p>Datum TT/MM/JJJJ <input style="width: 15%;" type="text"/> Unterschrift Kontoinhaber/-in <input checked="" type="checkbox"/></p>
<b>Beginn</b>	<p>Datum TT/MM/JJJJ <input style="width: 15%; text-align: center; font-size: 1.2em;" type="text" value="01"/> 12 Uhr mittags</p>
<b>Tarif</b>  <small>Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung</small>	<p><b>WWK Premium FondsRente protect</b> Tarif: <b>FVG25</b></p> <p>Tarifart: <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> G1</p> <p>Beitragssumme <input style="width: 150px;" type="text"/> EUR</p> <p>Alter Ende Grundphase (=Garantietermin) <input style="width: 30px;" type="text"/> Jahre</p> <p><b>Hinweis:</b> Die Beitragssumme ist die Summe der Beiträge, die während der Beitragszahlungsdauer gezahlt wird. Hierzu zählen nicht die Beiträge für Zusatzversicherungen und Dynamikerhöhungen.</p> <p><b>Hinweis:</b> Das Rentenbeginnalter/Ende der Grundphase muss zwischen dem vollendeten 61. und dem rechnungsmäßigen 70. Lebensjahr liegen.</p>
<b>Beitrag und Zahlungszeitraum</b>	<p>Gesamtbeitrag inkl. Zusatzversicherung <input style="width: 150px;" type="text"/> EUR</p> <p><b>Zahlungszeitraum:</b> <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> ¼-jährlich <input type="checkbox"/> ½-jährlich <input type="checkbox"/> jährlich</p> <p>Folgebeiträge sind zu Beginn des Zahlungszeitraums fällig.</p>
<b>Beitragsgarantie</b>	<p><b>Hinweis:</b> Ab dem vereinbarten Garantietermin werden die eingezahlten Beiträge (laufende Beiträge, Einmalbeiträge und Dynamik) der Hauptversicherung (Grund- und Garantierhaltungsphase) multipliziert mit dem von Ihnen gewählten Beitragsgarantieprozentsatz garantiert.</p> <p>100% oder <input type="checkbox"/> 90% <input type="checkbox"/> 80%</p>
<b>Todesfallschutz</b>	<p><b>während der Grund- und Garantierhaltungsphase (= Ansparzeit)</b> In Höhe des zum Zeitpunkt des Todes vorhandenen Gesamtguthabens</p> <p><b>während der Rentenphase:</b> <input type="checkbox"/> Rentengarantiezeit individuell <input style="width: 40px;" type="text"/> Jahre <input type="checkbox"/> keine Leistung</p>
<b>Überschussbeteiligung</b>	<p><b>während der Grund- und Garantierhaltungsphase (= Ansparzeit)</b> Anlage mittels WWK <i>IntelliProtect</i><sup>®</sup></p> <p><b>während der Rentenzahlung:</b> <input type="checkbox"/> dynamische Plusrente (Standard) <input type="checkbox"/> teildynamische Plusrente (nur bei Versorgung von Gesellschafter-Geschäftsführern)</p>
<b>Garantierte Rentensteigerung</b>	<p>Garantierte Rentensteigerung (1% - 3%): <input style="width: 40px; text-align: center; font-size: 1.2em;" type="text" value="0"/> %</p> <p><b>Hinweis:</b> Ist keine Angabe erfolgt, gilt automatisch eine garantierte Rentensteigerung von 0%. Bei der Versorgung von Arbeitnehmern, die unter den Schutzbereich des BetrAVG fallen, gilt bei fehlender Angabe automatisch eine garantierte Rentensteigerung von 1%.</p>
<b>Zusatzversicherung WWK BioRisk</b>	<p>Bitte Ergänzungsbogen 3574 verwenden! <input type="checkbox"/> BUZ <input type="checkbox"/> EUZ (Leistungsplan wird von der WWK Unterstützungskasse e.V. erstellt.)</p>
<b>Dynamik</b>  <small>Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung</small>	<p>keine Dynamik oder <input type="checkbox"/> Prozentuale Dynamik: Gewünschte Dynamik (1% - 10%) <input style="width: 40px; text-align: center; font-size: 1.2em;" type="text" value="0"/> %</p> <p><b>Hinweis zur prozentualen Dynamik:</b> Wird eine Zusatzversicherung eingeschlossen, gilt die gewünschte Dynamik für den gesamten Vertrag. Bei Einschluss einer WWK BioRisk-Zusatzversicherung (Absicherung gegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit) darf die Dynamik maximal 6% betragen; bei einer monatlichen BioRisk-Rente über 1.500 EUR maximal 3%.</p>
<b>Kapitalmanagement</b>	<p>Es kann entweder ein Ablaufmanagement gewählt oder eine Höchststandsabsicherung vorgemerkt werden.</p> <p><b>Ablaufmanagement</b> <input type="checkbox"/> Periodisches Ablaufmanagement <input type="checkbox"/> Performanceorientiertes Ablaufmanagement <b>oder</b> <b>Höchststandsabsicherung</b> <input type="checkbox"/> Vormerkung für Höchststandsabsicherung</p> <p><b>Hinweis:</b> Detaillierte Informationen zur Höchststandsabsicherung und deren Voraussetzung zur erforderlichen Aktivierung finden Sie in den Besonderen Bedingungen.</p>
<b>Zusätzliche Hinweise und Erklärungen</b>	<p>Vor und nach Abschluss des Vertrags gilt deutsches Recht. Bevor Sie dieses Formular unterschreiben, lesen Sie bitte die <b>Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person</b>. 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 <b>vorvertraglichen Anzeigepflicht</b> als zusätzliche Seite erhalten haben. <b>Außerdem stimmen Sie mit Ihrer Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz ggf. vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.</b> Vertragspartner/-innen im Außendienst 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.</p>

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

und

Vertragsunterschriften

Hinweis: Nähere Informationen siehe »Wichtige allgemeine Informationen« auf den folgenden Seiten

Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen  
Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G.

- I. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
- II. Datenweitergabe an Rückversicherungen
- III. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
- IV. Datenweitergabe zur Bonitätsprüfung

› Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die umseitig abgegebenen Erklärungen erhalten und zur Kenntnis genommen habe sowie die Kundeninformation rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrags in Textform erhalten habe und stimme zu, dass - rechtzeitige Beitragszahlung vorausgesetzt - der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, soweit kein späterer Versicherungsbeginn vereinbart ist.

› Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Unterschrift zu versichernde Person und ggf. aller gesetzlichen Vertreter, falls VP minderjährig ist

X

Unterschrift Vertragspartner/-in im Außendienst

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Unterschrift Versicherungsnehmer/-in (Unterstützungskasse) (ggf. Firmenstempel)

Name des Unterzeichners Unterstützungskasse in Blockschrift

Position des Unterzeichners Unterstützungskasse im Unternehmen in Blockschrift

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.  
Unterzeichner ist der WWK bereits über Listenmeldung bekannt.

### Schweigepflichtentbindungserklärung zur Verwendung von Daten, die dem Schutz des § 203 StGB unterliegen

Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir, die WWK Lebensversicherung a. G., Ihre Schweigepflichtentbindung, um nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, ggf. an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister und unsere Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren nach § 203 StGB geschützten Daten bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G.. Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

#### Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G.

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

#### I. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Leistungsfallbearbeitung oder die Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten kommen kann, nicht immer vollständig selbst durch, sondern übertragen ggf. die Erledigung einer anderen Gesellschaft des WWK Versicherungsverbundes oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter <https://www.wwk.de/datenschutz/schweigepflichtentbindung-lebensversicherung/index.jsp> angesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt und entbinde die Mitarbeiter der WWK Lebensversicherung a. G. insoweit von ihrer Schweigepflicht.

#### II. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Angaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dass diese dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Insoweit entbinde ich die für die WWK Lebensversicherung a. G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

#### III. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Es kann in den folgenden Fällen dazu kommen, dass gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. meine nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und entbinde die Mitarbeiter der WWK Lebensversicherung a. G. insoweit von ihrer Schweigepflicht.

#### IV. Datenweitergabe zur Bonitätsprüfung

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

- Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G. selbst Informationen über mein allgemeines 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 Mahn- bzw. Vollstreckungsbescheid wird eine Meldung hierüber an die Auskunft (Firma Infoscore) gemacht.

**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  
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 offengelegt 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 beigefügt 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 der genannte Beitrag maßgebend.)  
**Ergänzungen durch die Außenstelle** (Nummer, Eingangsstempel)

UKA      Ast-Nr. 

--	--	--	--	--	--

      AV-Nr. 

--	--	--	--	--	--

## 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) 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 zustande 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) Aufgrund 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 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

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 Beitragseinzug 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 VWG Gebrauch gemacht haben;

d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 VWG 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 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 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.

(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.

**§ 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

---

WWK Premium  
FondsRente *protect*

FVG25 Fondsgebundene Rentenversicherung mit Garantie

NT Normaltarif R1/R2/G1 Kollektivtarif

---

## Erläuterungen

---

### 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.

Versorgungen und Rückdeckungsversicherungen werden standardmäßig grundsätzlich ohne Dynamik abgeschlossen.

---