

Leben

# Ergänzungsbogen Rückdeckungsversicherung WWK Unterstützungskasse e. V.

Zusatzblatt

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

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

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

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

## Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auf dieses Recht werden Sie in unserer Mitteilung hingewiesen.

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

Mit einer Vertragsanpassung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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

### 4. Ausübung unserer Rechte

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

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

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

Mit einer Kündigung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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

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

### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

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

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

X  
Unterschrift Antragsteller/-in

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

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

Datum TT/MM/JJJJ

# Ergänzungsbogen für den Abschluss einer Rückdeckungsversicherung

für die WWK Lebensversicherung a. G. mit der Versicherungsnummer   
 zur Finanzierung der Zusage über eine Unterstützungskasse

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 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 Erkrankungs-begriffe. Ergebnisse prädiktiver Gentests müssen hier nicht angegeben werden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen.

|   |   |  |  |   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
|---|---|--|--|---|------|-------------------------------------|------|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|---------------------------|--|---------------------------|-------------------------------------|------------------------|--|------------------------|--|--|---|--|--|--|-----------------------------------|--|
| <b>Versicherte Person (VP)</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">Name</td> <td colspan="4">Vorname</td> </tr> <tr> <td colspan="4">E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)</td> <td colspan="2">Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b></td> <td colspan="2">Mobiltelefon (freiwillige Angabe)</td> </tr> </table>   | Titel  |  | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich |      | Geburtsdatum TT/MM/JJJJ             |      | Name                                |                     | Vorname                             |                           |  |                           | E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe) |                        |  |                        | Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)  |  | Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b>             |  |  |  | Mobiltelefon (freiwillige Angabe) |  |
| Titel   |   | <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich  |  | Geburtsdatum TT/MM/JJJJ   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| Name  |   | Vorname  |  |   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| E-Mail-Adresse (freiwillige Angabe)   |   |  |  | Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe)                   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b>   |   |  |  | Mobiltelefon (freiwillige Angabe)                                   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| <b>Einwilligungs-<br/>erklärung</b>   | <p>Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der WWK Versicherungen, von Unternehmen der WWK Versicherungen beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus dem oben stehenden Block »Versicherungsnehmer/-in« für folgende Kommunikationswege im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen:</p> <p><input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Mobil/SMS <input type="checkbox"/> E-Mail</p> <p>Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf inhaltliche Änderungen, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses, sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei den Unternehmen der WWK Versicherungen oder deren Kooperationspartner gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.</p>  |  |  |   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| <b>Zusatzversicherung<br/>WWK BioRisk</b><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Alle Einzelheiten ↗<br>siehe Tarifbeschreibung   | <table border="1"> <tr> <td> <b>Berufsunfähigkeit (BUZ)</b><br/> <b>BUZ-B25</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br/> <b>BUZ-R25</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente<br/><br/> <b>BUZ-B24</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br/> <b>BUZ-R24</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente         </td> <td>           Karenzzeit (K) bei Renten in Monaten Standard: keine oder <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24<br/><br/> <input type="checkbox"/> monatliche Rente EUR <input type="text" value=""/><br/><br/> <table border="0"> <tr> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> </tr> <tr> <td>Versicherungs-dauer</td> <td></td> <td>Versicherungs-Ablaufalter</td> <td></td> <td>Leistungs-dauer*</td> <td></td> <td>Leistungs-Ablaufalter*</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td> <b>Erwerbsunfähigkeit (EUZ)</b><br/> <b>EUZ-B22</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br/> <b>EUZ-R22</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente         </td> <td></td> </tr> <tr> <td> <b>Überschussbeteiligung</b> <input type="checkbox"/> Sofortverrechnung         </td> <td></td> </tr> </table> <p>* Wenn die Leistungsdauer der <b>Zusatzversicherung</b> vor dem Ende der Grundphase der Hauptversicherung endet, muss im Falle einer fortdauernden Beeinträchtigung der Berufs- bzw. Erwerbsfähigkeit nach Ablauf der Leistungsdauer die Beitragszahlung zur Hauptversicherung wieder aufgenommen werden.</p> | <b>Berufsunfähigkeit (BUZ)</b><br><b>BUZ-B25</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br><b>BUZ-R25</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente<br><br><b>BUZ-B24</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br><b>BUZ-R24</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente | Karenzzeit (K) bei Renten in Monaten Standard: keine oder <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24<br><br><input type="checkbox"/> monatliche Rente EUR <input type="text" value=""/><br><br><table border="0"> <tr> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> </tr> <tr> <td>Versicherungs-dauer</td> <td></td> <td>Versicherungs-Ablaufalter</td> <td></td> <td>Leistungs-dauer*</td> <td></td> <td>Leistungs-Ablaufalter*</td> </tr> </table> | <input type="text" value=""/> Jahre                                 | oder | <input type="text" value=""/> Jahre | oder | <input type="text" value=""/> Jahre | oder                | <input type="text" value=""/> Jahre | Versicherungs-dauer       |  | Versicherungs-Ablaufalter |                                     | Leistungs-dauer*       |  | Leistungs-Ablaufalter* | <b>Erwerbsunfähigkeit (EUZ)</b><br><b>EUZ-B22</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br><b>EUZ-R22</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente |  | <b>Überschussbeteiligung</b> <input type="checkbox"/> Sofortverrechnung |  |  |  |                                   |  |
| <b>Berufsunfähigkeit (BUZ)</b><br><b>BUZ-B25</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br><b>BUZ-R25</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente<br><br><b>BUZ-B24</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br><b>BUZ-R24</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente            | Karenzzeit (K) bei Renten in Monaten Standard: keine oder <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 24<br><br><input type="checkbox"/> monatliche Rente EUR <input type="text" value=""/><br><br><table border="0"> <tr> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> <td>oder</td> <td><input type="text" value=""/> Jahre</td> </tr> <tr> <td>Versicherungs-dauer</td> <td></td> <td>Versicherungs-Ablaufalter</td> <td></td> <td>Leistungs-dauer*</td> <td></td> <td>Leistungs-Ablaufalter*</td> </tr> </table>  | <input type="text" value=""/> Jahre  | oder   | <input type="text" value=""/> Jahre                                 | oder | <input type="text" value=""/> Jahre | oder | <input type="text" value=""/> Jahre | Versicherungs-dauer |                                     | Versicherungs-Ablaufalter |  | Leistungs-dauer*          |                                     | Leistungs-Ablaufalter* |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| <input type="text" value=""/> Jahre   | oder  | <input type="text" value=""/> Jahre  | oder   | <input type="text" value=""/> Jahre                                 | oder | <input type="text" value=""/> Jahre |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| Versicherungs-dauer   |   | Versicherungs-Ablaufalter  |  | Leistungs-dauer*  |      | Leistungs-Ablaufalter*              |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| <b>Erwerbsunfähigkeit (EUZ)</b><br><b>EUZ-B22</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung<br><b>EUZ-R22</b> <input type="checkbox"/> Beitragsbefreiung und monatliche Rente  |   |  |  |   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| <b>Überschussbeteiligung</b> <input type="checkbox"/> Sofortverrechnung   |   |  |  |   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| <b>Belehrung<br/>über Ihre<br/>vorvertragliche<br/>Anzeigepflicht</b>   | <p>Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie oder die versicherte Person <b>alle hier gestellten Fragen</b> 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 § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht« in diesem Formular entnehmen. <b>Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die wichtigen Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht erhalten und wir Sie über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung informiert haben.</b> Die im Folgenden genannten Beispiele umfassen nicht alle möglichen und bekannten Erkrankungs-begriffe. Ergebnisse prädiktiver Gentests müssen hier nicht angegeben werden.</p>   |  |  |   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |
| <b>BB</b><br>Nur bei Beitragsbefreiung (ersetzt die Blöcke GA und BA)<br><br>Gesundheitserklärung der versicherten Person <b>bei Einschluss einer WWK BioRisk-Zusatzversicherung</b> (Absicherung gegen Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit) <b>bei Beitragsbefreiung bis zu einem Beitrag von maximal 8 % der BBG zur GRV (West)</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Waren Sie in den <b>letzten 2 Jahren</b> aus gesundheitlichen Gründen mehr als 10 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben oder mindestens viermal wegen desselben Krankheits- oder Beschwerdebilds in ärztlicher, physio- oder psychotherapeutischer Behandlung?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         </li> <li>Wurde bereits eine Berufsunfähigkeit, Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GDS), eine Behinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder in den <b>letzten 12 Monaten</b> beantragt<br/> <b>➤ oder</b> wurden Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherungsanträge in den <b>letzten 5 Jahren</b> abgelehnt, zurückgestellt bzw. wurden Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen gefordert?<br/> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein         </li> </ol> <p><b>Wenn mindestens eine Frage mit »ja« beantwortet wird, ist die Beantwortung der unten stehenden Fragen von »GA – Allgemeine Gesundheitserklärung der versicherten Person« und »BA – Gesundheitserklärung der versicherten Person bei WWK BioRisk« erforderlich. Die WWK Lebensversicherung a. G. behält sich vor, eine vollständige individuelle Risikoprüfung vorzunehmen. Bei der WWK beantragte oder bestehende Versicherungen werden in der Risikobewertung berücksichtigt.</b></p>  |  |  |   |      |                                     |      |                                     |                     |                                     |                           |  |                           |                                     |                        |  |                        |  |  |   |  |  |  |                                   |  |

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  Körpergewicht (ohne Kleidung)

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 |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

2.2 der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen, Schlafapnoe)?

ja  nein 

| Erkrankung/Diagnose  | von/bis | behandelnder Arzt |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

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 |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

2.4 der Nieren und Harnwege (z. B. Entzündungen, Steine, Zysten, Blut oder Eiweiß im Urin)?

ja  nein 

| Erkrankung/Diagnose  | von/bis | behandelnder Arzt |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

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 |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

2.6 des Stoffwechsels oder des Blutes (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Anämie, Gerinnungsstörungen)?

ja  nein 

| Erkrankung/Diagnose  | von/bis | behandelnder Arzt |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

2.7 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie)?

ja  nein 

| Erkrankung/Diagnose  | von/bis | behandelnder Arzt |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?

ja  nein 

| Erkrankung/Diagnose  | von/bis | behandelnder Arzt |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

2.9 der Folgen von Alkoholgenuss oder Alkoholabhängigkeit?

ja  nein 

| Erkrankung/Diagnose  | von/bis | behandelnder Arzt |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

2.10 Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen oder Tropenkrankheiten (z. B. HIV-Infektion (AIDS), Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Zeckenbisskrankung (Borreliose), COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2), chronische Infektionen) oder steht ein Testergebnis derzeit noch aus?

ja  nein 

| Erkrankung/Diagnose  | von/bis | behandelnder Arzt |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

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 angeraten?

ja  nein 

| Erkrankung/Diagnose  | von/bis | behandelnder Arzt |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

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 |
|----------------------|---------|-------------------|
| <input type="text"/> |         |                   |

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 |
|----------------------|---------|
| <input type="text"/> |         |

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 |
|----------------------|------|-----------------|
| <input type="text"/> |      |                 |

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 |
|----------------------|------|-----------------|
| <input type="text"/> |      |                 |

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 |
|----------------------|------|--------|
| <input type="text"/> |      |        |

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)? Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben.

ja  nein

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

ja  nein 

| Land                 | von/bis |
|----------------------|---------|
| <input type="text"/> |         |

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

(Absicherung gegen  
Berufsunfähigkeit und  
Erwerbsunfähigkeit)

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. Ekzeme, 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/Dioptrien | 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? Falls ja, bitte hier Einzelheiten angeben.

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

**Zusatzangaben zur  
Gesundheitserklärung**

| Gesundheitserklärung                                    | Nr. | Zusatzangaben |
|---|-----|---------------|
| <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA |     |               |
| <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA |     |               |
| <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA |     |               |
| <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA |     |               |
| <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA |     |               |
| <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> BA |     |               |

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)

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

(Absicherung gegen  
Berufsunfähigkeit und  
Erwerbsunfähigkeit)

**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 selbständig, bzw. seit wann üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus? Datum TT/MM/JJJJ

**Personalverantwortung**

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

**Einkommen\***

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

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

Wo erzielen Sie Ihr Einkommen?  alte Bundesländer  neue Bundesländer

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

**Weitere berufliche Tätigkeiten**

Geben 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.

## **I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung**

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die WWK Lebensversicherung a. G., Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die WWK Lebensversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen.

Die WWK Lebensversicherung a. G. benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Dienstleister oder Assistenzgesellschaften 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 Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die WWK Lebensversicherung a. G.
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G. und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

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.

## **II. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die WWK Lebensversicherung a. G.:**

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

### **III. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten**

#### **1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufes ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die WWK Lebensversicherung a. G. benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärung bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

**Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:**

#### **Möglichkeit I**

- Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. - soweit es für die Risikobeurteilung oder die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, Heilpraktikern, Physiotherapeuten sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragsstellung an die WWK Lebensversicherung a. G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die WWK Lebensversicherung a. G. an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die WWK Lebensversicherung a. G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

#### **Möglichkeit II**

- Ich wünsche, dass mich die WWK Lebensversicherung a. G. in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die WWK Lebensversicherung a. G. einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die WWK Lebensversicherung a. G. einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die WWK Lebensversicherung a. G. konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

## **2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes**

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die WWK Lebensversicherung a. G. konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe Ziffer III.1. - Möglichkeit I).

## **IV. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G.**

Die WWK Lebensversicherung a. G. verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

### **1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung**

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die WWK Lebensversicherung a. G. benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die WWK Lebensversicherung a. G. zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die WWK Lebensversicherung a. G. tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die WWK Lebensversicherung a. G. führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die WWK Lebensversicherung a. G. Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die WWK Lebensversicherung a. G. führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die WWK Lebensversicherung a. G. erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter ([www.WWK.de](http://www.WWK.de)) eingesehen werden.

Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die WWK Lebensversicherung a. G. Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die WWK Lebensversicherung a. G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der WWK Lebensversicherung a. G. Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

### **3. Datenweitergabe an Rückversicherungen**

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die WWK Lebensversicherung a. G. 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 die WWK Lebensversicherung a. G. Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die WWK Lebensversicherung a. G. 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 die WWK Lebensversicherung a. G. das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

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 Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die WWK Lebensversicherung a. G. unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die WWK Lebensversicherung a. G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

**Einwilligungs-  
erklärung des  
Versicherungs-  
nehmers und der  
zu versichernden  
Person**

(Fortsetzung)

**4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler**

Die WWK Lebensversicherung a. G. gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder 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 (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

**5. 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 Auskunftei (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
- › Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G., ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunftei (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 Versicherungsverhältnis, wenn der Versicherungsnehmer seiner Pflicht zur Zahlung seiner Versicherungsbeiträge nicht nachkommt. Nach erlassenen Mahn- bzw. Vollstreckungsbescheid wird eine Meldung hierüber an die Auskunftei (Firma Infoscore) gemacht.

**V. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt**

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die WWK Lebensversicherung a. G. Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen.

Ich willige ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

**Schweigepflichtentbindungserklärung für den Hausarzt**

Zur Beschleunigung der Antragsbearbeitung willige ich hiermit gesondert ein, dass die WWK Lebensversicherung a. G., soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist, meine Gesundheitsdaten bei meinem folgenden Hausarzt erhebt und für diese Zwecke verwendet:

Bitte geben Sie hier ggf. Namen und Anschrift Ihres Hausarztes an, den Sie von der Schweigepflicht entbinden möchten.

Ich befreie den oben genannten Arzt von seiner Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die WWK Lebensversicherung a. G. übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Versicherungsantragsdaten durch die WWK Lebensversicherung a. G. an den oben genannten Arzt weitergegeben werden und befreie insoweit die für die WWK Lebensversicherung a. G. tätigen Personen von der Schweigepflicht.

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.**

**Zusätzliche Hinweise  
und Erklärungen**

Bevor Sie dieses Formular unterschreiben, lesen Sie bitte die wichtigen Hinweise auf der Rückseite und die Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers und der zu versichernden Person. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Hinweise und Erklärungen gelesen und akzeptiert haben. Vertragspartner/-innen im Außendienst sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben.

**Vertragsunterschriften**

- › Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich 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 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

X

Unterschrift **Antragsvermittler/-in**

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

## Tarifbeschreibung der WWK BioRisk-Zusatzversicherungen

---

|  |  |
|--|--|
| <b>Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ)</b> | Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:                                      |
|  | <b>BUZ-B25</b> Beitragsbefreiung   |
|  | <b>BUZ-R25</b> Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe. |

---

|   |  |
|---|--|
| <b>Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ)</b> | Im Falle der Erwerbsunfähigkeit leisten wir bei:                                     |
|   | <b>EUZ-B22</b> Beitragsbefreiung   |
|   | <b>EUZ-R22</b> Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe. |

---

|                   |          |   |
|-------------------|----------|---|
| <b>Karenzzeit</b> | <b>K</b> | Bei Berufsunfähigkeit / Erwerbsunfähigkeit beginnt die Leistungspflicht der Rente erst nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit. |
|-------------------|----------|---|

---

## Wichtige allgemeine Informationen

---

### Hinweise

#### Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle

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

#### Sie können Ihre Anfragen richten an:

Versicherungsombudsmann e. V.  
Postfach 08 06 32  
10006 Berlin  
[www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

Wir nehmen an Streitbeilegungsverfahren 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.