



Eine starke Gemeinschaft

# WWK Kollektiv *select*

## Willenserklärungen

### Erklärung des Arbeitgebers über die Abgabe von Willenserklärungen und Nachweis einer wirksamen Willenserklärung

<b>Arbeitgeber</b>	Firma <input style="width: 500px;" type="text"/> Gruppenversicherungsvertragsnummer (GR-Nummer) <input style="width: 200px;" type="text"/> Vorname/Name (Ansprechpartner) <input style="width: 700px;" type="text"/>																																							
<b>Willenserklärungen</b>	<p>Die nachfolgenden Willenserklärungen sollen in elektronischer Form und somit ohne Unterschrift erfolgen.          Darüber hinaus wird untenstehend mitgeteilt, welche der Willenserklärungen auch durch den Vertretungsberechtigten abgegeben werden dürfen.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">durch den Arbeitgeber</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">durch den Vertretungsberechtigten gemäß unten stehender Regelung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arbeitnehmeranmeldung per Liste der zu versichernden Personen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lebensgefährte / Sterbegeldberechtigten austauschen / Rangfolge ändern / Ex-Ehegatten ausschließen (erfordert Zustimmung des Arbeitnehmers)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dienstaustritt / Initiierung Versicherungsnehmerwechsel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Namensänderung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Adressänderung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Elternzeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Krankheit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wiederinkraftsetzung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dynamikwiderspruch</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beitragserrhöhung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beitragsreduzierung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beitragsfreistellung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Der Arbeitgeber akzeptiert als Nachweis für seine wirksame Willenserklärung den Auszug aus dem elektronischen Archiv der WWK.</b></p>		durch den Arbeitgeber	durch den Vertretungsberechtigten gemäß unten stehender Regelung	Arbeitnehmeranmeldung per Liste der zu versichernden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lebensgefährte / Sterbegeldberechtigten austauschen / Rangfolge ändern / Ex-Ehegatten ausschließen (erfordert Zustimmung des Arbeitnehmers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dienstaustritt / Initiierung Versicherungsnehmerwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Namensänderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adressänderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wiederinkraftsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dynamikwiderspruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beitragserrhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beitragsreduzierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beitragsfreistellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch den Arbeitgeber	durch den Vertretungsberechtigten gemäß unten stehender Regelung																																						
Arbeitnehmeranmeldung per Liste der zu versichernden Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Lebensgefährte / Sterbegeldberechtigten austauschen / Rangfolge ändern / Ex-Ehegatten ausschließen (erfordert Zustimmung des Arbeitnehmers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dienstaustritt / Initiierung Versicherungsnehmerwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Namensänderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Adressänderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Elternzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Wiederinkraftsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Dynamikwiderspruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Beitragserrhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Beitragsreduzierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Beitragsfreistellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<b>Verwendete Übermittlungswege</b>	<p>Die vorstehende Erklärung bezüglich des Nachweises für wirksame Willenserklärungen soll sich ausdrücklich und ausschließlich auf die unten genannten Übermittlungswege erstrecken.</p> <p><input type="checkbox"/> Penseo (Portal)  <input type="checkbox"/> Finabro (Portal)  <input type="checkbox"/> eVorsorge (Portal)  <input type="checkbox"/> Plug-InSurance (Portal)</p> <p><b>Hinweis: Für die Nutzung des WWK bAVnet als Portal ist dieses Formular nicht erforderlich.</b></p> <p>Der Arbeitgeber versichert, dass für die durch ihn abgegebenen Willenserklärungen nur berechnigte Mitarbeiter einen Zugriff auf die Portale erhalten.</p> <p><input type="checkbox"/> per E-Mail von folgender vorab benannter Absenderadresse: <input style="width: 450px;" type="text" value="E-Mail"/></p> <p>Die E-Mail enthält eine Textsignaturzeile, durch welche die Position des Absenders für die WWK erkennbar ist.</p>																																							
<b>E-Mail-Verschlüsselung</b>	<p>Etwaige E-Mails werden verschlüsselt an die WWK gesendet.          Weitere Informationen zu den WWK-seitig möglichen Verschlüsselungsverfahren erhalten Sie in einer gesonderten Anleitung.</p>																																							
<b>Nachweisanforderungen bei E-Mail-Versand</b>	<p>Die vorstehende Erklärung bezüglich des Nachweises für wirksame Willenserklärungen soll sich ausschließlich auf die unten genannten genutzten Formen beziehen.</p> <p><input type="checkbox"/> Eine nicht unterschriebene E-Mail/Anlage soll ausreichen.  <input type="checkbox"/> Die E-Mail/Anlage soll eine elektronische Signatur enthalten.</p>																																							

Wir ergänzen gerne



Sie möchten einen Übermittlungsweg nutzen, den wir bislang noch nicht aufgeführt haben?

Dann freuen wir uns auf Ihre Nachricht.

WWK bAV-Kompetenz-Center  
Telefon: (089) 5114-3456  
E-Mail: bav@wwk.de

Benennung eines Vertretungsberechtigten

Die Verträge werden von einem nachfolgend benannten Dritten verwaltet. Wir erteilen diesem die Vollmacht, Willenserklärungen nach den oben genannten Regelungen (Form und Nachweis für wirksame Willenserklärungen) stellvertretend für uns abzugeben.

Firma

Rechtsform

juristische Person oder Personengesellschaft

Name des/der gesetzlichen Vertreter

Registernummer

oder

natürliche Person (z. B. Einzelunternehmer)

Name

Vorname

Geburtsdatum TT/MM/JJJJ

Geburtsort

Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Wir bestätigen ausdrücklich, dass zwischen dem Arbeitgeber und dem Vertretungsberechtigten eine rechtliche Beziehung und Regelung besteht, welche die Vertretung ermöglicht. Wir versichern, dass die Erfordernisse des Datenschutzes in der vertraglichen Regelung nach aktuellem best practice definiert sind.

Wirkungsdauer der Willenserklärung

› Diese Erklärung gilt auf unbestimmte Zeit und kann mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende widerrufen werden.

› Der Unterzeichnende bestätigt ausdrücklich, dass er auf Grund seiner Stellung im Unternehmen und Zeichnungsbefugnissen berechtigt ist, die oben aufgeführten Erklärungen rechtsverbindlich für das Unternehmen abzugeben.

und

Unterschriften

Ort

Datum TT/MM/JJJJ

X

Unterschrift/Stempel Arbeitgeber (=Versicherungsnehmer)

Name des Unterzeichners Arbeitgeber in Blockschrift (Vor- und Zuname)

Position des Unterzeichners Arbeitgeber im Unternehmen in Blockschrift

Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.