

# LEBEN

WWK BioRisk

Antrag: Aktionsantrag

Tarif: BS05

Schicht: 3

**Jetzt mehr mitnehmen!**  
(Aktionszeitraum bis 31.12.2014)

- vorläufiger Versicherungsschutz von bis zu 3 Monaten
- vereinfachte Gesundheitserklärung
- BU-Rente max. 1.000 EUR monatlich

#### Mögliche Zusatzseiten

- Geldwäschegesetz (juristische Personen) 1010
- Geldwäschegesetz (natürliche Personen) 1011

# WWK

Eine starke Gemeinschaft

WWK Lebensversicherung  
auf Gegenseitigkeit  
Marsstraße 37, 80335 München  
Telefon (0 89) 51 14-20 20  
Fax (0 89) 51 14-23 37  
E-Mail: [info@wwk.de](mailto:info@wwk.de)  
[www.wwk.de](http://www.wwk.de)

## Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen 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 Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

---

### Welche 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 Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt

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

Bei grob fahrlässiger Verletzung der 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.

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

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

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

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 Rückkaufswertes.

#### 2. Kündigung

Kann die WWK nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die 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.

Mit einer Kündigung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

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.

#### 3. Vertragsanpassung

Wurde die 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 Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden

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

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

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

Auf dieses Recht werden Sie in unserer Mitteilung hingewiesen.

Mit einer Vertragsanpassung kann ein Verlust des Versicherungsschutzes verbunden sein.

#### 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 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.

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.

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 Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der 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 Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

# WWK BioRisk

## Antrag zum Abschluss einer Versicherung (Antragsmodell)

<b>Abschlussvermittler</b>	Ast-Nr. <input type="text"/> AV-Nr. <input type="text"/> KB <input type="text"/> APS % <input type="text"/> Aktions-Nr. <b>168</b> Agentur <input type="text"/> Antragsnummer <input type="text"/>
<b>Versicherungsnehmer/-in (VN = VP)</b>	Titel <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Wohnhaft in der EU seit <input type="text"/> Jahren Straße und Hausnummer <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Länderkennz. <input type="text"/> Fax-Nummer (freiwillige Angabe) <input type="text"/> Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit/Branche</b> <input type="text"/>
<b>BT Tätigkeitsbeschreibung VN = VP</b>	<b>Erwerbsstatus</b> <input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Beamter/in <input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig/arbeitsuchend <input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/> <b>Ausbildung</b> - Geben Sie bitte Ihren höchsten Abschluss an. <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung <input type="checkbox"/> abgeschlossene Schulausbildung/Abitur <input type="checkbox"/> Fachrichtung des Studiengangs/der Berufsausbildung/sonstiges <input type="text"/> <b>Tätigkeit</b> - Geben Sie bitte den durchschnittlichen Anteil Ihrer beruflichen Tätigkeit in Prozent an. Bürotätigkeit <input type="text"/> % Reise- oder Ausendiensttätigkeit <input type="text"/> % körperlich/handwerklich <input type="text"/> % künstlerisch <input type="text"/> % sonstiges <input type="text"/> % Seit wann sind Sie selbstständig, bzw. seit wann üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus? Datum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> <b>Personalverantwortung</b> Haben Sie für Mitarbeiter (Voll- und Teilzeit) dauerhaft Personalverantwortung? <input type="checkbox"/> ja, für <input type="text"/> Anzahl Mitarbeiter <input type="checkbox"/> nein <b>Einkommen*</b> Wie hoch war/ist Ihr Bruttoarbeitseinkommen? Bei Selbstständigen Bruttogewinn, bei Beamten Besoldungsgruppe und -stufe (BG) mit angeben. dieses Jahr EUR <input type="text"/> BG <input type="text"/> letztes Jahr EUR <input type="text"/> BG <input type="text"/> vorletztes Jahr EUR <input type="text"/> BG <input type="text"/> Wo erzielen Sie Ihr Einkommen? <input type="checkbox"/> alte Bundesländer <input type="checkbox"/> neue Bundesländer <small>* Dient im Rahmen der Berufsgruppenbestimmung ggf. zur Besserstellung und ist zwingend erforderlich bei monatlichen Renten über 1.000 EUR (inkl. bestehender Vorversicherungen/Anwartschaften).</small>
<b>Bezugsberechtigung</b>	Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung Im Erlebensfall ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt. Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.
<b>Geldwäschegesetz Legitimation</b>	Der Vermittler hat den Einzelfall geprüft. Es liegen keine gefahrerhöhenden Erkenntnisse vor. Die Legitimationsprüfung kann gemäß §5 GWG angemessen reduziert werden. <b>Hinweis für ungebundene Vermittler:</b> Es gelten weiterführende Pflichten! Oder <input type="checkbox"/> VN ist bereits WWK Kunde <input type="checkbox"/> Angaben zur Überprüfung der Identität des Versicherungsnehmers (VN) <input type="checkbox"/> Personalausweis <input type="checkbox"/> Reisepass Nummer <input type="text"/> Ausstellungsbehörde <input type="text"/> gültig bis TT/MM/JJJJ <input type="text"/>
<b>Wirtschaftlich Berechtigter</b>	Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen: <input type="checkbox"/> auf meine <b>eigene Veranlassung</b> . Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt. <input type="checkbox"/> <b>nicht auf eigene Veranlassung</b> . Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt. (*) (*) Zur Identifizierung eines Dritten bei natürlichen Personen Formblatt 1011 und bei juristischen Personen Formblatt 1010 verwenden.



<b>Beginn</b>	Datum TT/MM/JJJJ <b>01012015</b> 12 Uhr mittags
<b>Tarif</b>  Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung.	<input checked="" type="checkbox"/> <b>WWK Berufsunfähigkeitsversicherung</b> Tarif: <b>BS05</b> Tarifart: <input type="checkbox"/> NT <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> G1  <input checked="" type="checkbox"/> monatliche Rente    EUR  <b>Wichtiger Hinweis:</b> Die monatliche Rente darf maximal 1.000 EUR betragen.  <b>Hinweis:</b> Die Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer wird für ganze Jahre ab Versicherungsbeginn vereinbart und endet zu dem Zeitpunkt, an dem die versicherte Person das angegebene Alter rechnermäßig erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/Versicherungsschein.   Jahre  Jahre  Jahre Beitragszahlungs-    Versicherungs-    Leistungs- Ablaufalter    Ablaufalter    Ablaufalter
<b>Dynamik</b> Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung.	Der Beitrag erhöht sich jährlich um 3%.
<b>Beitrag und Zahlungs-Zeitraum</b>	Beitrag    EUR  <b>Zahlungs-Zeitraum:</b> <input checked="" type="checkbox"/> monatlich Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungs-Zeitraums.
<b>Überschussbeteiligung</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sofortverrechnung
<b>Vereinfachte Gesundheitsklärung der versicherten Person</b>	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. <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 Erkrankungsbegriffe. Ergebnisse prädiagnostischer Gentests müssen hier nicht angegeben werden.  1. Körpergröße  cm    Körpergewicht (ohne Kleidung)  kg 2. Hatten Sie in den letzten fünf Jahren wegen der gleichen Erkrankung mindestens vier Mal Arzt- oder Arztpraxiskontakt (ambulant, stationär oder wegen Medikamentenverschreibung) oder sind Sie in den letzten fünf Jahren operiert worden oder sind in den nächsten 12 Monaten ärztlicherseits Untersuchungen oder Behandlungen angedacht? Vorsorgeuntersuchungen ohne konkreten Beschwerde- oder Krankheitsanlass und ohne pathologischen Befund, Zahnarztbehandlungen, Behandlungen wegen Erkältungen oder beschwerdefrei ausgeheilten Haushalts- oder Sportverletzungen mit weniger als einer Woche Krankheitsdauer können für diese Erklärung ignoriert werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 3. Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z.B. Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenschäden, Amputationen, Hirnleistungsstörungen, Gedächtnisverlust), wurde bei Ihnen 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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 4. Übersteigen bereits bestehende private Versicherungen (ausgenommen Pflichtversicherungen) für den Fall der Invalidität zusammen mit der jetzt beantragten Versicherung 60 % Ihres durchschnittlichen Bruttoeinkommens der letzten drei Jahre oder 2.500 EUR pro Monat? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 5. Wurden Ihnen Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherungsanträge oder Voranfragen in den letzten fünf Jahren abgelehnt, zurückgestellt bzw. wurden Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen gefordert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Wichtiger Hinweis:</b> Sofern eine Frage mit »ja« beantwortet wurde, benutzen Sie bitte den Standardantrag 8100-7117.
<b>Beitragszahlung</b>	<b>SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen</b> <b>Gläubiger-Identifikations-Nr. DE81WWK00000069127</b> 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. Der SEPA-Basislastschrift-Einzug wird mir spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt. <input type="checkbox"/> <b>Kontoinhaber weicht vom Versicherungsnehmer ab:</b> <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Firma Titel, Name, Vorname <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/> Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Straße und Hausnummer (Hauptwohnsitz) <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort (Hauptwohnsitz) <input type="text"/> Namentliche Bezeichnung des Geldinstituts <input type="text"/> IBAN <input type="text"/> BIC <input type="text"/> <b>Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!</b> Datum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Unterschrift Kontoinhaber/in <input checked="" type="text"/>

<b>Zusätzliche Hinweise und Erklärungen</b>	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.
<b>Informationspflichten-Verordnung</b>	Ich habe alle Informationen gemäß Informationspflichten-Verordnung erhalten.
<b>Vereinbarung</b>	Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? <input type="checkbox"/> ja Welche? <input style="width: 400px;" type="text"/>
<b>Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung</b>  <b>und</b>  <b>Vertragsunterschriften</b>	<p>I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtsentbindungserklärung</p> <p>II. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten an die WWK Lebensversicherung a. G.</p> <p>III. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten</p> <p>III.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht.</p> <p>III.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes</p> <p>IV. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G.</p> <p>IV.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung</p> <p>IV.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</p> <p>IV.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen</p> <p>IV.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler</p> <p>IV.5. Datenweitergabe zur Bonitätsprüfung</p> <p>V. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.</p> <p>■ <b>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. Die wichtigen Informationen zur Tarifaussprache der Haupt- und Zusatzversicherung auf der Rückseite zum Antrag habe ich zur Kenntnis genommen.</b></p> <p>■ <b>Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.</b></p> <p style="text-align: right;">Ort <input style="width: 300px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">Datum TT/MM/JJJJ <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p><b>X</b> _____ Unterschrift <b>Antragsteller/in</b></p> <p><b>X</b> _____ Unterschrift <b>gesetzlicher Vertreter</b>, falls Antragsteller/in minderjährig ist.</p> <p><b>X</b> _____ Unterschrift <b>Antragsvermittler/in</b> Die richtige/n Person/en hat/haben in meiner Gegenwart unterschrieben.</p> <p><b>Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.</b></p>
<b>Hinweis: Nähere Informationen siehe »Wichtige allgemeine Informationen« auf den folgenden Seiten</b>	

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

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

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes 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 Assistancegesellschaften weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der WWK Lebensversicherung a. G. unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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 Heilberufs 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.

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.
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung 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 vorher beschrieben.

#### 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.

### 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 Unternehmender WWK-Gruppe oder einer Auskunftsei (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
- Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G., ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunftsei (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 Auskunftsei (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.



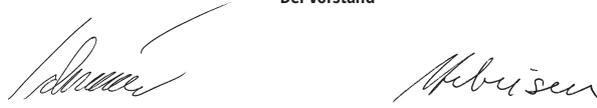
# Zum Antrag zum Abschluss einer Versicherung

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

### Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

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

WWK Lebensversicherung auf Gegenseitigkeit  
Der Vorstand



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

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

#### Inhaltsverzeichnis

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

#### § 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall und die für den Fall der Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. der Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten beantragten Leistungen, sofern eine Karenzzeit nicht vorgesehen ist.

(2) Wenn Sie eine Unfall-Zusatzversicherung (UZV) beantragt haben, zahlen wir zusätzlich die Unfallversicherungssumme, falls ein Unfall

a) während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist und

b) innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag zum Tode der versicherten Person führt.

(3) Haben Sie eine Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherung, Erwerbsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherung oder einer Grundfähigkeits-(Zusatz-)versicherung beantragt und tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder eine Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten im Sinne der diesen Versicherungen zugrunde liegenden Bedingungen ein, so gilt:

a) Eine Rente wegen Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. wegen Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten zahlen wir nur, wenn uns die Berufs-, Erwerbsunfähigkeit bzw. die Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

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

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

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

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

Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge für die selbe zu versichernde Person, welche zusammen gerechnet 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 WVG Gebrauch gemacht haben;

d) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 WVG 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 auf Grund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden; dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

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

(3) Ist der Versicherungsfall unmittelbar oder mittelbar durch 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

---

**Berufsunfähigkeitsversicherung**

Im Falle der Berufsunfähigkeit leisten wir bei:  
**BS05** Beitragsbefreiung und eine monatliche Rente in der vereinbarten Höhe.

---

**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.

---

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