

# LEBEN

WWK PremiumRisk

Antrag: Standardantrag

Tarif: HA05/HFA05

The logo consists of the letters 'WWK' in a bold, black, sans-serif font. The letters are closely spaced and have a slightly irregular, hand-drawn appearance.

Eine starke Gemeinschaft

WWK Lebensversicherung  
auf Gegenseitigkeit  
Marsstraße 37, D-80335 München  
Telefon +49 89 51 14-39 00  
Fax +49 89 51 14-23 37  
E-Mail: [info@wwk.de](mailto:info@wwk.de)  
[www.wwk.at](http://www.wwk.at)



Eine starke Gemeinschaft

# WWK PremiumRisk

## Antrag zum Abschluss einer Versicherung

|  |   |
|--|---|
| <b>Abschlussvermittler</b>   | Ast-Nr. <input type="text" value="Q"/>   AV-Nr. <input type="text"/>   Antragsnummer <input type="text"/>   |
| <b>Vereinbarung</b>  | Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Welche? <input type="text"/>   |
| <b>Antragsteller/-in (VN)<br/>VN = Versicherungsnehmer</b>   | Titel, Name, Vorname <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich<br>Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Geburtsort <input type="text"/><br>Wohnhaft in der EU seit <input type="text"/> Jahren   |
| <b>Anschrift und berufliche Tätigkeit</b>  | Straße und Hausnummer <input type="text"/> Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) <input type="text" value="(0043) /"/><br>PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> Länderkennz. <input type="text" value="A"/> Fax-Nummer (freiwillige Angabe) <input type="text" value="(0043) /"/><br>Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b> <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig Beschäftigte MA <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Beamte/r <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Schüler/in<br><input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig / arbeitssuchend<br><input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/> |
| <b>Zu versichernde Person (VP) falls nicht Antragsteller/-in (auch Verwandtschaftsverhältnis zum VN angeben)</b> | Titel, Name, Vorname <input type="text"/> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich<br>Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/> Staatsangehörigkeit <input type="text"/> Verwandtschaftsverhältnis <input type="text"/><br>Beruf mit Angabe der <b>derzeitigen Tätigkeit / Branche</b> <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig Beschäftigte MA <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Beamte/r <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Schüler/in<br><input type="checkbox"/> Soldat/in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig / arbeitssuchend<br><input type="checkbox"/> sonstiges <input type="text"/>   |
| <b>Beitragszahlung</b>   | Die Beitragszahlung soll, wenn nicht anders gewünscht, durch Abbuchung der Beiträge vom Konto erfolgen. <input type="checkbox"/> Überweisung<br>Für die Abbuchung wird bis auf Widerruf die Erlaubnis erteilt.<br>Bankleitzahl <input type="text"/> Kontonummer <input type="text"/> Name, Vorname <b>Kontoinhaber/in</b> , wenn nicht VN <input type="text"/><br>Namentliche Bezeichnung und Ort des Geldinstituts <input type="text"/> Unterschrift <b>Kontoinhaber/in</b> <input checked="" type="text" value="X"/>  |
| <b>Bezugsberechtigung</b>  | Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung<br>Sollte nebenstehend nichts anderes vereinbart sein, gilt Folgendes:<br>Im Erlebensfall einschließlich Terminal Illness ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt. <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/><br>Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt. <input type="text"/> Geburtsdatum TT/MM/JJJJ <input type="text"/>  |



**Angaben nach dem Geldwäschegesetz**

**Wirtschaftlich Berechtigter**

Angaben zur Identifizierung des Versicherungsnehmers (VN)  Reisepass  Führerschein

Nummer: \_\_\_\_\_ Ausstellungsbehörde: \_\_\_\_\_ gültig bis TT/MM/JJJJ: \_\_\_\_\_

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen:  auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt.  
 **nicht auf eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt.

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum TT/MM/JJJJ: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Beziehung zum VN und Grund des Vertragsabschlusses: \_\_\_\_\_

Üben oder üben Sie ein politisches Mandat aus oder unterhalten Sie persönliche Beziehungen zu einer Person, welche ein politisches Mandat wahrnimmt bzw. wahrgenommen hat?

ja  nein Falls ja, welches Mandat üben/üben Sie von wann bis wann aus bzw. welcher Art ist Ihre Beziehung zum Mandatsträger? \_\_\_\_\_

Üben oder üben Sie eine gehobene Tätigkeit im Staatsdienst (z. B. Beamter, Angestellter, besondere Beauftragung oder in sonstigem Dienstverhältnis) aus oder unterhalten Sie persönliche Beziehungen zu einer Person, welche ein derartiges Dienstverhältnis wahrnimmt bzw. wahrgenommen hat?

ja  nein Falls ja, welche Tätigkeit im Staatsdienst üben/üben Sie von wann bis wann aus bzw. welcher Art ist Ihre Beziehung zur Person, welche die Tätigkeit im Staatsdienst wahrnimmt? \_\_\_\_\_

**Beginn**

Alle Einzelheiten  $\rightarrow$  siehe Tarifbeschreibung.

Datum TT/MM/JJJJ: **01** 12 Uhr mittags Tarif: **H** Versicherungs-summe (VS) EUR: \_\_\_\_\_ Tariftart:  NT  R2

Jahre oder Jahre Jahre Jahre

Endalter: \_\_\_\_\_ Versicherungs-dauer: \_\_\_\_\_ Beitragszahlungs-dauer: \_\_\_\_\_

**Hinweis:** Bei dem Tarif HA05 ist die Beitragszahlungsdauer mit der Versicherungsdauer identisch. Bei dem Tarif HFA05 beträgt die Beitragszahlungsdauer  $\frac{2}{3}$  der Versicherungsdauer.

**Dynamik**

$\rightarrow$  siehe Tarifbeschreibung

Nur bei Tarif HA05 Gewünschte Dynamik (1% - 6%): **0**%

**Beitrag und Zahlungs-Zeitraum**

Beitrag ohne Versicherungssteuer EUR: \_\_\_\_\_ **Zahlungs-Zeitraum:**  monatlich   $\frac{1}{4}$ -jährlich   $\frac{1}{2}$ -jährlich  jährlich

Beitrag inkl. Versicherungssteuer EUR: \_\_\_\_\_ Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungs-Zeitraums. Der Beitrag enthält bei unterjähriger Zahlweise einen Raten-zuschlag.

**Überschussbeteiligung**

Sofortverrechnung  verzinsliche Ansammlung  Todesfallbonus

**GA Allgemeine Gesundheitserklärung der versicherten Person**

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.

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 **cm** \_\_\_\_\_ Körpergewicht (ohne Kleidung) **kg** \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

ja  nein Erkrankung/Diagnose \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

ja  nein Erkrankung/Diagnose \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

2.5 des Gehirns oder des zentralen Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, andere neurologischer Erkrankungen, Lähmungen, Migräne, Parkinson, Alzheimer, Demenz)?

ja  nein Erkrankung/Diagnose \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

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

ja  nein Erkrankung/Diagnose \_\_\_\_\_ von/bis \_\_\_\_\_ behandelnder Arzt \_\_\_\_\_

**GA  
Allgemeine  
Gesundheitserklärung  
der versicherten Person**

(Fortsetzung)

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

|  |                     |         |                   |
|--|---------------------|---------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Erkrankung/Diagnose | von/bis | behandelnder Arzt |
|--|---------------------|---------|-------------------|

2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?

|  |                     |         |                   |
|--|---------------------|---------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Erkrankung/Diagnose | von/bis | behandelnder Arzt |
|--|---------------------|---------|-------------------|

2.9 der Folgen von Alkoholenuss oder Alkoholabhängigkeit?

|  |                     |         |                   |
|--|---------------------|---------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Erkrankung/Diagnose | von/bis | behandelnder Arzt |
|--|---------------------|---------|-------------------|

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

|  |                     |         |                   |
|--|---------------------|---------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Erkrankung/Diagnose | von/bis | behandelnder Arzt |
|--|---------------------|---------|-------------------|

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?

|  |                     |         |                   |
|--|---------------------|---------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Erkrankung/Diagnose | von/bis | behandelnder Arzt |
|--|---------------------|---------|-------------------|

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)?

|  |                     |         |                   |
|--|---------------------|---------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Erkrankung/Diagnose | von/bis | behandelnder Arzt |
|--|---------------------|---------|-------------------|

5. Nehmen oder nahmen Sie **in den letzten 5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apothekenpflichtige Medikamente ein (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?

|  |                  |         |
|--|------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Medikamentenname | von/bis |
|--|------------------|---------|

6. Bestehen für Sie Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherungsanträge oder wurden **in den letzten 6 Monaten** entsprechende Versicherungen für Sie beantragt? Bei wem, wann, in welcher Höhe?

|  |             |      |                 |
|--|-------------|------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Versicherer | wann | in welcher Höhe |
|--|-------------|------|-----------------|

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.

|  |             |      |        |
|--|-------------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Versicherer | wann | Gründe |
|--|-------------|------|--------|

8. Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen) oder betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorsport, Flug-/Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport)? Fahren Sie Motorrad (siehe Erklärung auf der Rückseite)?

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
|--|--|

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

|  |      |         |
|--|------|---------|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Land | von/bis |
|--|------|---------|

**HZ  
Gesundheitserklärung  
der versicherten Person  
bei WWK PremiumRisk**

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. Wurde bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** ein Gesamtcholesterinwert von mehr als 220mg/dl festgestellt?

Wenn ja, wann und wie hoch?

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
|--|--|

2. Wurde bei Ihnen **in den letzten 5 Jahren** ein Blutdruck von mehr als 140/90 festgestellt?

Wenn ja, tragen Sie bitte die letzten drei bekannten Werte ein (systolisch/diastolisch).

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein |  |
|--|--|

**Nichtrauchererklärung** – Ich habe in den vergangenen 12 Monaten:

keine Zigaretten geraucht     Zigaretten geraucht

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

**Zusatzangaben zur  
Gesundheitserklärung**

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

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)

|  |
|--|
|  |
|  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Zusätzliche Hinweise und Erklärungen</b>  | <p>Für den Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die Hinweise und Erklärungen auf der Rückseite. Sie enthalten unter anderem Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht sowie Hinweise zur Datenverarbeitung und sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Bitte lesen Sie außerdem die beigefügte Verbraucherinformation; sie enthält unter anderem wichtige Informationen zu Ihren Rücktrittsrechten. Antragsvermittler/-innen sind nicht berechtigt, Gebühren zu erheben. In die auf den folgenden Seiten in der Rubrik »Wichtige allgemeine Informationen« abgedruckte Verwendung meiner personenbezogenen Daten willige ich ein.</p>   |
| <b>Schlussklärung</b>  | <p>Die Antragsfragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Für die Antworten erkläre ich mich auch dann voll verantwortlich, wenn diese von einer anderen Person geschrieben wurden. Jede bis zur Annahme des Antrags noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer schriftlich anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten kann. Ich verpflichte mich außerdem eine Änderung des Nichtraucherstatus innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen.</p> <p>§ 6 - »Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Anzeigepflichten sind während der Vertragsdauer zu beachten?« - der beigefügten Versicherungsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen.</p>   |
| <b>Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung</b><br><br><b>und</b><br><br><b>Vertragsunterschriften</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung</li> <li>II. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten an die WWK Lebensversicherung a. G.</li> <li>III. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten</li> <li>III.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht.</li> <li>III.2. Erklärungen für den Fall des Todes</li> <li>IV. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der WWK Lebensversicherung a. G.</li> <li>IV.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung</li> <li>IV.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)</li> <li>IV.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen</li> <li>IV.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler</li> <li>V. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.</li> </ol> <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.</b></p> <p>■ <b>Ich beantrage den Abschluss der Versicherung und bestätige den Erhalt einer Antragskopie.</b></p> <p style="text-align: right;">Ort _____ Datum TT/MM/JJJJ _____</p> <p><b>X</b> _____ <b>X</b> _____ <b>X</b> _____ <b>X</b> _____</p> <p>Unterschrift <b>Antragsteller/in</b>      Unterschrift <b>gesetzlicher Vertreter</b>, falls Antragsteller/in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist.      Unterschrift <b>zu versichernde Person</b> falls nicht Antragsteller/in      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>Einwilligungserklärung</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 diesem Antrag für folgende Kommunikationswege im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen:</p> <p><input type="checkbox"/> Telefon (wie unter Punkt »Anschrift« angegeben)      SMS _____</p> <p><input type="checkbox"/> Fax-Nr. (wie unter Punkt »Anschrift« angegeben)      E-Mail _____</p> <p><input type="checkbox"/> für nebenstehende Kontaktdaten</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> <p style="text-align: right;">Ort _____ Datum TT/MM/JJJJ _____</p> <p><b>X</b> _____ <b>X</b> _____ <b>X</b> _____</p> <p>Unterschrift <b>Antragsteller/in</b>      Unterschrift <b>gesetzlicher Vertreter</b>, falls Antragsteller/in bzw. zu versichernde Person minderjährig ist.      Unterschrift <b>zu versichernde Person</b> falls nicht Antragsteller/in</p> <p><b>Bitte mit Vor- und Zunamen unterschreiben.</b></p>   |

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

### 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 Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
- Antrags-, Vertrags- und Schadenabwicklung, indem die WWK Lebensversicherung a. G., ein Unternehmen der WWK-Gruppe oder eine Auskunft (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA) eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit (bzw. der Kundenbeziehung, Scoring) einholt;
- Sicherung des wirtschaftlichen Interesses bei Leistungsstörung aus dem Versicherungsvertragsverhältnis, wenn der Versicherungsnehmer seiner Pflicht zur Zahlung seiner Versicherungsbeiträge nicht nachkommt. Nach erlassenen Mahn- bzw. Vollstreckungsbescheid wird eine Meldung hierüber an die Auskunft (Firma Infoscore) gemacht.

### 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.

#### Hinweise

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 im Rahmen der vorvertraglichen Anzeigepflicht offen gelegt werden. Dabei verstehen wir unter einem »prädiktiven Gentest« die Untersuchung des Erbguts einer gesunden Person auf Veränderungen, die auf eine Veranlagung für bestimmte Erkrankungen hinweisen.

Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten die Bedingungen, die den Antragsunterlagen für den Versicherungsnehmer beigelegt sind.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den/die Versicherungsnehmer/in im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

#### Nichtrauchererklärung

Eine Änderung des Nichtraucherstatus ist uns innerhalb von drei Monaten schriftlich anzuzeigen. Die Versicherung wird dann ab dem auf die Anzeige folgenden Beginn der nächsten Beitragszahlung auf den Status »Raucher«

umgestellt. Tritt nach Ablauf dieser Frist der Leistungsfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt ist, vermindert sich die Todesfallsumme auf diejenige eines Rauchers mit dem entsprechenden Beitrag.

---

**Mitteilungen**  
**Vertragspartner/in**  
**im Außendienst**

Bei der Policierung ist  
maßgebend:

- der genannte Beitrag  
 die Versicherungssumme
- 

**Ergänzungen durch**  
**die Außenstelle**

Nummer

Eingangsstempel

Fremdordnungsbegriff

---

**Nur für**  
**Zentraldirektion**  
Interne Vermerke

---

## Tarifbeschreibung

---

**Ablebensversicherung**    **HA05**    Ablebensversicherung mit gleich bleibender Versicherungssumme  
**WWK PremiumRisk**    **HFA05**    Ablebensversicherung mit fallender Versicherungssumme und abgekürzter Beitragszahlungsdauer

---

**NT** Normaltarif    **R2** Kollektivtarif

---

**Dynamik**    Zu Beginn jedes Versicherungsjahres wird der Beitrag gemäß den »Besonderen Bedingungen für die Dynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung« erhöht. Durch Einschluss der Dynamik erhöht sich der Beitrag jährlich um einen wie im Formular vereinbarten Prozentsatz. Die Beitragserhöhung bewirkt - ohne erneute Gesundheitsprüfung - eine Erhöhung aller tariflichen Versicherungsleistungen.

---

**Definition**  
**Motorradfahrer**    Als Motorradfahrer gelten Motorradfahrer und Saisonfahrer, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses regelmäßig, d. h. mehrmals im Jahr ein Motorrad fahren. Als Motorrad gelten Zweiräder über 50 ccm, Quads und Trikes. Motorroller und Mopeds bis einschließlich 50 ccm fallen nicht unter diese Regelung. Beifahrer gelten nicht als Motorradfahrer.

---




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

### Bestätigung über den vorläufigen Versicherungsschutz

Auf Grund Ihrer Versicherungsanfrage 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 beantragten garantierten Leistungen unter Beachtung der nachfolgenden Begrenzungen. Er erstreckt sich jedoch nicht auf die für den Fall der Terminal Illness beantragten Leistungen.

(2) Auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes leisten wir im Todesfall höchstens 150.000 EUR. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge für dieselbe zu versichernde Person, welche zusammengerechnet den jeweiligen Höchstbetrag übersteigen, gestellt wurden.

#### § 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt;
- b) Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Vereinbarung abhängig gemacht haben;
- c) Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt;
- d) 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 Uhr.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
- c) Sie Ihren Antrag angefochten oder zurückgenommen haben oder von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch gemacht haben;

d) der Einzug des Einlösungsbeitrags nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

#### § 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, wenn die versicherte Person den Zusammenhang zwischen Ursache und Versicherungsfall nicht vorhersehen konnte.

(2) Bei 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, erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr des beantragten Versicherungsvertrages. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme gemäß § 1 Abs. 2. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

#### § 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. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

(2) Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.