



Eine starke Gemeinschaft

WWK BioRisk

Antrag zum Abschluss einer Versicherung (Antragsmodell)

abweichend **Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots*** (Invitatiomodell)

*Wie kommt Ihr Vertrag bei einem Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots zustande?

Mit dem Antrag auf Erstellung eines Versicherungsangebots fordern Sie ein verbindliches Angebot der WWK Lebensversicherung a. G. an. Damit stellen die von Ihnen in diesem Formular gemachten Angaben und Erklärungen noch keine verbindliche Vertragserklärung dar. Sie sind dennoch erforderlich und wahrheitsgemäß abzugeben, damit wir für Sie ein verbindliches Angebot erstellen können. Ihre Angaben und Erklärungen werden zu einer verbindlichen Vertragserklärung, sobald wir Ihnen das verbindliche Angebot in Form eines Versicherungsscheins, der sämtliche erforderlichen Unterlagen und Informationen enthält, übermittelt haben und Sie die beigefügte Annahmeerklärung an uns zurückgesandt haben. Hierauf werden wir Sie bei Übersendung des Versicherungsscheins noch einmal gesondert hinweisen.

Abschlussvermittler	Ast.-Nr.	AV-Nr.	Aktions-Nr.	Agentur	Antragsnummer
Betriebliche Versicherung	Handelt es sich um eine betrieblich veranlasste Versicherung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Rückdeckungsversicherung <input type="checkbox"/> sonstige Ggf. Zusatzklärung erforderlich! <input type="checkbox"/> Keymanversicherung (Formblatt 3365 erforderlich)				
Versicherungsnehmer/-in (VN)	Titel <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Wohnhaft in der EU seit Jahren Name Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Geburtsort Geburtsland 1. Staatsangehörigkeit 2. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden) 3. Staatsangehörigkeit (falls vorhanden) Straße und Hausnummer Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) PLZ Wohnort Länderkennz. Fax-Nummer (freiwillige Angabe) Erwerbsstatus <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/arbeitssuchend <input type="checkbox"/> sonstiges Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit/ Branche				
Zu versichernde Person (VP) (falls nicht Versicherungsnehmer/-in)	Titel <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Verwandtschaftsverhältnis zum VN Name Vorname Geburtsdatum TT/MM/JJJJ Geburtsort Geburtsland Staatsangehörigkeit Straße und Hausnummer Telefon (tagsüber erreichbar, freiwillige Angabe) PLZ Wohnort Länderkennz. Fax-Nummer (freiwillige Angabe) Beruf mit Angabe der derzeitigen Tätigkeit/ Branche Nach dem Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person Versicherungsnehmer, sofern diese zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits volljährig war.				



BT
Tätigkeitsbeschreibung
für VP

Erwerbsstatus

- angestellt selbstständig Beamter/in Soldat/in Auszubildende/r Student/in Schüler/in nicht erwerbstätig/arbeitsuchend
 sonstiges

Ausbildung - Geben Sie bitte Ihren höchsten Abschluss an.

- abgeschlossenes Studium abgeschlossene Berufsausbildung kaufmännisch abgeschlossene Berufsausbildung sonstige abgeschlossene Schulausbildung
 Fachrichtung des Studiengangs/
der Berufsausbildung/sonstiges

Tätigkeit - Geben Sie bitte den durchschnittlichen Anteil Ihrer beruflichen Tätigkeit in Prozent an.

Bürotätigkeit	Reise- oder Außen- diensttätigkeit	körperlich/ handwerklich	künstlerisch
sonstiges			

Datum TT/MM/JJJJ

Seit wann sind Sie selbstständig, bzw. seit wann üben Sie Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit aus?

Personalverantwortung (fachlich und disziplinarisch)

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

Einkommen*

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

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

Wo erzielen Sie Ihr Einkommen? alte Bundesländer neue Bundesländer

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

Geldwäschegesetz
Legitimation

Angaben zur Überprüfung der Identität des Versicherungsnehmers (VN) Personalausweis Reisepass

Nummer _____, Ausstellungsbehörde _____, gültig bis TT/MM/JJJJ

_____ oder _____
 VN ist bereits WWK Kunde und nach aktuellen gesetzlichen Vorgaben vollständig identifiziert.

_____ oder _____
 Der Vermittler hat den Einzelfall geprüft. Es liegen keine gefahrerhöhenden Erkenntnisse vor. Die Legitimationsprüfung kann gem. §5 GWG angemessen reduziert werden.
Hinweis: Für Vermittler im Sinne des §2 Abs. 1 Nr. 5 GWG gelten weiterführende Pflichten.

Die Aufnahme der Geschäftsbeziehung sowie die damit verbundenen Transaktionen erfolgen:

- auf meine **eigene Veranlassung**. Ich wurde hierzu von keinem Dritten beauftragt. (*) Zur Identifizierung eines Dritten bei natürlichen Personen Formblatt 1011 und bei juristischen Personen Formblatt 1010 verwenden.
 nicht auf eigene Veranlassung. Ich wurde hierzu von einem Dritten beauftragt. (*)

Wirtschaftlich
Berechtigter

Beginn

Datum TT/MM/JJJJ

12 Uhr mittags

Tarif

BS08 **b-BS08** **ES08** **GS08**
Berufsunfähigkeitsversicherung **Erwerbsunfähigkeitsversicherung** **Grundfähigkeitsversicherung**

Karenzzeit (K) bei Rente in Monaten Standard: keine **oder** 6 12 18 24 Tarifart: NT R1 R2 G1 G2

monatliche Rente EUR Möglicher Übergang in lebenslange Altersrente (nicht möglich bei b-BS08) siehe Tarifbeschreibung

Einmalzahlung (5.000 EUR, bei lebenslanger Rente 10.000 EUR)

Rentensteigerung im Leistungsfall (1% - 3%) **Hinweis:** Bei einer lebenslangen Rente erst ab 400 EUR versicherter monatlicher Rente möglich. Die Einmalzahlung ist von der evtl. gewählten Dynamik und Karenzzeit ausgeschlossen.

Grundfähigkeitspaket *Plus* gemäß den Besonderen Bedingungen (Zusätzlicher Leistungsumfang für die Grundfähigkeitsversicherung) Wechseloption für Schüler und Studenten gemäß den Besonderen Bedingungen (Für einen späteren Wechsel aus der Grundfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherung in eine Berufsunfähigkeitsversicherung. Das Eintrittsalter beträgt maximal 30 Jahre und das Versicherungsablaufalter mindestens 60 Jahre.)

_____ Jahre _____ Jahre _____ Jahre

Hinweis: 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 rechnerisch erreicht hat. Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Versorgungsvorschlag/Versicherungsschein.

Beitragszahlungs-
Ablaufalter _____ Jahre Versicherungs-
Ablaufalter _____ Jahre Leistungs-
Ablaufalter _____ Jahre

Alle Einzelheiten ↗
siehe Tarifbeschreibung.

Beitrag und
Zahlungs-Zeitraum

Bruttobeitrag _____ FÜR _____ Berufsgruppe _____ **Zahlungs-Zeitraum:** monatlich ¼-jährlich ½-jährlich jährlich
Folgebeiträge sind fällig zu Beginn des Zahlungs-Zeitraums.

Überschussbeteiligung

- Sofortverrechnung Leistungsbonus Fondsansammlung WWK Depot Strategie 80/20 (Risikoklasse 3)
 verzinsliche Ansammlung Sonstige (siehe Fondsauswahlblatt 7138)

Dynamik Alle Einzelheiten ↗ siehe Tarifbeschreibung.	In der 3. Schicht wird (soweit möglich) eine jährliche Beitrags- und Leistungsdynamik ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart. Der Beitrag erhöht sich jährlich um 3%.	<input type="checkbox"/> Andere gewünschte Dynamik (1% - 6%): % <input type="checkbox"/> Keine Dynamik	Hinweis: Bei Renten über 1.500 EUR maximal 3%.
---	---	---	--

Bezugsberechtigung	Bezugsrecht für die Versicherungsleistungen einschließlich der Leistung aus der Überschussbeteiligung Sollte nebenstehend nichts anderes vereinbart sein, gilt Folgendes: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname)</td> <td style="width: 50%;">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Im Erlebensfall ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;">Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname)</td> <td style="width: 50%;">Geburtsdatum TT/MM/JJJJ</td> </tr> <tr> <td>Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.</td> <td></td> </tr> </table> Bei Rückdeckungs- und Keymanversicherungen ist im Erlebens- und Todesfall der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.	Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname)	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ	Im Erlebensfall ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.		Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname)	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ	Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.	
Bezugsrecht im Erlebensfall (Name, Vorname)	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ								
Im Erlebensfall ist der/die Versicherungsnehmer/-in bezugsberechtigt.									
Bezugsrecht im Todesfall (Name, Vorname)	Geburtsdatum TT/MM/JJJJ								
Im Todesfall der VP ist der am Todestag mit der VP in gültiger Ehe lebende Ehegatte bezugsberechtigt.									

Belehrung über Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht	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. Details können Sie der »Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht« in diesem Formular entnehmen. 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 Erkrankungskategorie. Ergebnisse prädiktiver Gentests müssen hier nicht angegeben werden.
---	--

BK Gesundheitserklärung Kids GS (Für Eintrittsalter von 7 bis 14 zu verwenden. Ab dem 15. Geburtstag sind die Blöcke GA und BA erforderlich.)	Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">cm</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">kg</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>1. Körpergröße</td> <td></td> <td></td> <td>Körpergewicht (ohne Kleidung)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind angeborene oder erworbene Missbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen oder Entwicklungsstörungen/-verzögerungen?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">3. Hatte Ihr Kind in den letzten fünf Jahren wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden mehr als vier Mal Arzt- oder Arztpraxiskontakt (ambulant oder stationär) oder sind in den nächsten 12 Monaten ärztlicherseits Untersuchungen oder Behandlungen angedeutet?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">4. Nimmt oder nahm Ihr Kind in den letzten 5 Jahren über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Medikamentenname</td> <td>von/bis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">5. Hat Ihr Kind eine Vorsorgeuntersuchung (U- und J-Untersuchungen bzw. Mutter-Kind-Pass) ausgelassen oder ergab sich aus mindestens einer Untersuchung ein auffälliger Befund? Bitte in diesem Fall Kopien des Untersuchungsheftes beifügen.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, ist die Beantwortung der unten stehenden Fragen von »GA - Allgemeine Gesundheitserklärung der versicherten Person« und »BA - Gesundheitsklärung der versicherten Person bei WWK BioRisk« erforderlich.		cm		kg		1. Körpergröße			Körpergewicht (ohne Kleidung)		2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind angeborene oder erworbene Missbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen oder Entwicklungsstörungen/-verzögerungen?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		3. Hatte Ihr Kind in den letzten fünf Jahren wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden mehr als vier Mal Arzt- oder Arztpraxiskontakt (ambulant oder stationär) oder sind in den nächsten 12 Monaten ärztlicherseits Untersuchungen oder Behandlungen angedeutet?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		4. Nimmt oder nahm Ihr Kind in den letzten 5 Jahren über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Medikamentenname	von/bis			5. Hat Ihr Kind eine Vorsorgeuntersuchung (U- und J-Untersuchungen bzw. Mutter-Kind-Pass) ausgelassen oder ergab sich aus mindestens einer Untersuchung ein auffälliger Befund? Bitte in diesem Fall Kopien des Untersuchungsheftes beifügen.					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
	cm		kg																																																
1. Körpergröße			Körpergewicht (ohne Kleidung)																																																
2. Bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind angeborene oder erworbene Missbildungen, chronische Erkrankungen/Gebrechen oder Entwicklungsstörungen/-verzögerungen?																																																			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																
3. Hatte Ihr Kind in den letzten fünf Jahren wegen der gleichen Erkrankungen oder Beschwerden mehr als vier Mal Arzt- oder Arztpraxiskontakt (ambulant oder stationär) oder sind in den nächsten 12 Monaten ärztlicherseits Untersuchungen oder Behandlungen angedeutet?																																																			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																
4. Nimmt oder nahm Ihr Kind in den letzten 5 Jahren über einen Zeitraum von mehr als 2 Wochen apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?																																																			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Medikamentenname	von/bis																																																	
5. Hat Ihr Kind eine Vorsorgeuntersuchung (U- und J-Untersuchungen bzw. Mutter-Kind-Pass) ausgelassen oder ergab sich aus mindestens einer Untersuchung ein auffälliger Befund? Bitte in diesem Fall Kopien des Untersuchungsheftes beifügen.																																																			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																																																			

GA Allgemeine Gesundheitserklärung der versicherten Person	Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. (Falls Platz nicht ausreichend, bitte Feld Zusatzangaben verwenden.) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">cm</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">kg</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>1. Körpergröße</td> <td></td> <td></td> <td>Körpergewicht (ohne Kleidung)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">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</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">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)?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2.2 der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen, Schlafapnoe)?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2.3 der Verdauungsorgane: Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Entzündungen oder Geschwüre, erhöhte Leberwerte)?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2.4 der Nieren und Harnwege (z. B. Entzündungen, Steine, Zysten, Blut oder Eiweiß im Urin)?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2.5 des Gehirns oder des zentralen Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, andere neurologische Erkrankungen, Lähmungen, Migräne, Parkinson, Alzheimer, Demenz)?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2.6 des Stoffwechsels oder des Blutes (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Anämie, Gerinnungsstörungen)?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2.7 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie)?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">2.9 der Folgen von Alkoholgenuß oder Alkoholabhängigkeit?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Erkrankung/Diagnose</td> <td>von/bis</td> <td>behandelnder Arzt</td> <td></td> </tr> </table>		cm		kg		1. Körpergröße			Körpergewicht (ohne Kleidung)		2. Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		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)?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		2.2 der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen, Schlafapnoe)?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		2.3 der Verdauungsorgane: Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Entzündungen oder Geschwüre, erhöhte Leberwerte)?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		2.4 der Nieren und Harnwege (z. B. Entzündungen, Steine, Zysten, Blut oder Eiweiß im Urin)?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		2.5 des Gehirns oder des zentralen Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, andere neurologische Erkrankungen, Lähmungen, Migräne, Parkinson, Alzheimer, Demenz)?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		2.6 des Stoffwechsels oder des Blutes (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Anämie, Gerinnungsstörungen)?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		2.7 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie)?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt		2.9 der Folgen von Alkoholgenuß oder Alkoholabhängigkeit?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt	
	cm		kg																																																																																																												
1. Körpergröße			Körpergewicht (ohne Kleidung)																																																																																																												
2. Sind Sie in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
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)?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
2.2 der Atmungsorgane (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Heuschnupfen, Hausstauballergie, Atemstörungen, Schlafapnoe)?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
2.3 der Verdauungsorgane: Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Entzündungen oder Geschwüre, erhöhte Leberwerte)?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
2.4 der Nieren und Harnwege (z. B. Entzündungen, Steine, Zysten, Blut oder Eiweiß im Urin)?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
2.5 des Gehirns oder des zentralen Nervensystems (z. B. Anfallsleiden, Multiple Sklerose, andere neurologische Erkrankungen, Lähmungen, Migräne, Parkinson, Alzheimer, Demenz)?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
2.6 des Stoffwechsels oder des Blutes (z. B. Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Gicht, Schilddrüsenerkrankungen, Anämie, Gerinnungsstörungen)?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
2.7 gut- oder bösartiger Tumorerkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie)?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
2.8 der Einnahme von Drogen, Betäubungs- oder Rauschmittel?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												
2.9 der Folgen von Alkoholgenuß oder Alkoholabhängigkeit?																																																																																																															
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt																																																																																																												

GA
Allgemeine
Gesundheitserklärung
der versicherten Person

(Fortsetzung)

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?

ja 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?

ja 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, ADS/ADHS)?

ja 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 apotheken-, verschreibungs- bzw. rezeptpflichtige Medikamente ein oder wurden Ihnen diese zur Einnahme über den entsprechenden Zeitraum verordnet (welche, in welchen Abständen, in welcher Dosierung)?

ja nein

Medikamentenname	von/bis
------------------	---------

6.1 Bestehen für Sie Lebens- oder Pflegeversicherungen oder wurden **in den letzten 6 Monaten** entsprechende Versicherungen für Sie beantragt? Bei wem, wann, in welcher Höhe?

ja nein

Versicherer	wann	in welcher Höhe
-------------	------	-----------------

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

ja nein

Versicherer	wann	in welcher Höhe
-------------	------	-----------------

7. Wurden Ihnen Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Pflegeversicherungsanträge **in den letzten 5 Jahren** abgelehnt, zurückgestellt bzw. wurden Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen gefordert? Wann, weshalb, von wem? Die Einschätzung Ihres Antrags erfolgt aufgrund des Gesundheitszustands, nicht aufgrund der Einschätzung einer anderen Versicherung.

ja nein

Versicherer	wann	Gründe
-------------	------	--------

8. Sind Sie beruflich oder privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. durch Umgang mit explosiven, radioaktiven, toxischen oder infektiösen Stoffen) oder betreiben Sie eine Sportart mit besonderem Risiko (z. B. Kampfsport, Auto- oder Motorradspport, Flug- /Luftsport, Tauchen, Bergsport, Wildwassersport, Reitsport)?

ja nein

--

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

ja nein

Land	von/bis
------	---------

BA
Gesundheitserklärung
der versicherten Person
bei WWK BioRisk

Wenn eine Frage mit »ja« beantwortet wird, machen Sie bitte detaillierte Angaben in der jeweiligen Antwortzeile. (Falls Platz nicht ausreichend, bitte Feld Zusatzangaben verwenden.)

1. Sind Sie **in den letzten 5 Jahren** von Ärzten, Heilpraktikern oder anderen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt worden oder sind solche Maßnahmen derzeit vorgesehen wegen

1.1 der Haut (z. B. Ekzem, Allergie, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hautveränderungen)?

ja nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
---------------------	---------	-------------------

1.2 des Bewegungsapparates (wie Arme, Beine, Rücken/Wirbelsäule, Schultern), der Knochen, Gelenke (wie Hüft-, Knie- oder Sprunggelenke), Muskeln, Sehnen oder Bänder (z. B. Bewegungseinschränkungen, Schmerzen, Rückgratverkrümmung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, Rheuma, Fibromyalgie, Osteoporose)?

ja nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
---------------------	---------	-------------------

1.3 der Augen (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Hornhaut- oder Netzhauterkrankung, grüner Star, grauer Star)?

ja nein

Erkrankung/Diagnose/Dioptrien	von/bis	behandelnder Arzt
-------------------------------	---------	-------------------

1.4 der Ohren (z. B. Hörstörung, Schwerhörigkeit, Hörsturz, Ohrgeräusche, Lärmschaden, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen)?

ja nein

Erkrankung/Diagnose	von/bis	behandelnder Arzt
---------------------	---------	-------------------

2. Bezogen oder beziehen Sie aus gesundheitlichen Gründen Renten oder sonstige Versorgungsleistungen?

ja nein

--

3. Bestehen bei Ihnen derzeit körperliche, psychische oder geistige Beeinträchtigungen (z. B. Missbildungen, Folgen von Operationen oder Unfällen, Bandscheibenvorfall, Wirbelsäulenschaden, Amputationen, Hirnleistungsstörungen, Gedächtnisverlust), wurde bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), ein Grad der Schädigungsfolgen (GDS), eine Behinderung (GdB) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB) anerkannt oder in den letzten 12 Monaten beantragt?

ja nein

--

**Zusatzangaben zur
Gesundheitserklärung**

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

Weitere Angaben sind auf einem gesonderten Blatt enthalten. Bitte ggf. ankreuzen.
Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich an die WWK Lebensversicherung a. G. nachzuholen.

Hausarzt

Hausarzt (Name, Anschrift)

--