



1 Antrag Maklervollmacht liegt vor Maklervollmacht mit SEPA-Lastschrift liegt vor

2 Angebotsanfrage (Invitatio) Angebot senden an: Interessent Vermittler

> Vermittler <

Vermittler-Nummer Änderung zu Versicherungsnummer

> Antragsteller/Interessent/Versicherungsnehmer

Herr Frau Name Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer PLZ, Wohnort

Telefon Telefax E-Mail

> Laufzeit > Dynamik

Vertragsbeginn, 0.00 Uhr Vertragsende, 24.00 Uhr Vertragsdauer: 1 Jahr. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor Ablauf zugegangen sein. ja nein

> Zahlungsweise

Monat (mind. 10 EUR), Ratenzuschlag 7 %
 ¼ Jahr, Ratenzuschlag 5 %
 ½ Jahr, Ratenzuschlag 3 %
 Jahr

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
3 Gefahrengruppe	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K
4 Integralfranchise ab 25 % Invalidität	<input type="checkbox"/> ab 67 Jahre	<input type="checkbox"/> ab 67 Jahre	<input type="checkbox"/> ab 67 Jahre	<input type="checkbox"/> ab 67 Jahre
Invalidität Grundsumme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vollinvalidität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Progression	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 %
Todesfallleistung	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Bezugsberechtigt gesetzliche Erbfolge oder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenhaustage- u. Genesungsgeld	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Unfall-Rente monatlich	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Übergangsleistung	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Beitrag Vollschutz insgesamt pro Person	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Abwahl auf	<input type="checkbox"/> Komfortschutz Plus -10% <input type="checkbox"/> Komfortschutz -20% <input type="checkbox"/> Basisschutz -30% (keine Gesundheitsprüfung)	<input type="checkbox"/> Komfortschutz Plus -10% <input type="checkbox"/> Komfortschutz -20% <input type="checkbox"/> Basisschutz -30% (keine Gesundheitsprüfung)	<input type="checkbox"/> Komfortschutz Plus -10% <input type="checkbox"/> Komfortschutz -20% <input type="checkbox"/> Basisschutz -30% (keine Gesundheitsprüfung)	<input type="checkbox"/> Komfortschutz Plus -10% <input type="checkbox"/> Komfortschutz -20% <input type="checkbox"/> Basisschutz -30% (keine Gesundheitsprüfung)
5 Hilfe-Paket <input type="checkbox"/> ja	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Jahresbeitrag pro Person ohne Nachlässe	= € <input type="text"/>	= € <input type="text"/>	= € <input type="text"/>	= € <input type="text"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

- 2 - Antragsanfrage/Antrag vom

Datum (Tag, Monat, Jahr)

Antrag Unfall – 01.07.2017

Name, Vorname von Antragsteller/Interessent/Versicherungsnehmer

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Gesundheit				
Bestehen oder bestanden (Bei Wahl der Leistungsstufe Basisschutz sind keine Angaben erforderlich)				
<ul style="list-style-type: none"> > Beeinträchtigungen, die in den letzten 5 Jahren zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben, > Beeinträchtigungen, die regelmäßig (täglich oder in bestimmten Intervallen wiederkehrend und für die Dauer von mindestens 2 Monaten) in den letzten 12 Monaten mit Medikamenten behandelt wurden, > Beeinträchtigungen, die zu einer Schwerbehinderung geführt haben, oder > Sehbehinderungen von - 8 oder mehr Dioptrien? 				
Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/>
Art der Beeinträchtigung (ggf. auf gesondertem Blatt) Bei Beantragung der Leistungsstufe Vollschutz beachten Sie bitte 6 auf der Rückseite.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Andere Unfallversicherungen

Bestehen oder bestanden bei der Haftpflichtkasse oder anderen Gesellschaften Unfallversicherungen oder wurden solche beantragt?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Versicherungsgesellschaft(en)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vertragsnummer(n)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falls gekündigt, von	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.

Beitragsberechnung

Jahresbeitrag aller Personen	€ <input type="text"/>	abzüglich Kombinations-Nachlass 5% Nachlass bei Bestehen von 1 privaten HK Haftpflicht- oder Hausratvertrag == - € <input type="text"/> oder 10% Nachlass bei Bestehen von mind. 1 privaten HK Haftpflicht- und 1 HK Hausratvertrag == - € <input type="text"/> HK-Versicherungsnummern: <input type="text"/> <input type="text"/>	= Jahresbeitrag* (mind. 43,10 €)	€ <input type="text"/>
10 % Nachlass bei mehreren Personen	- € <input type="text"/>		Ratenzuschlag gemäß Zahlungsweise	+ € <input type="text"/>
	= € <input type="text"/>		Beitrag gemäß Zahlungsweise*	€ <input type="text"/>
			Vericherungsteuer	+ € <input type="text"/>
			Beitrag inkl. Versicherungsteuer gemäß Zahlungsweise	= € <input type="text"/>

*Beiträge sind kaufmännisch gerundet

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Empfangsbestätigung (Nicht erforderlich bei Angebotsanfrage oder bei Vorliegen einer Maklervollmacht) **7 8**

Hiermit bestätige ich, dass mir die Verbraucherinformationen gemäß Rückseite Ziffer IV dieses Formulars zur Kenntnis gebracht wurden. Auf die Folgen wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten nach § 19 Abs. 5 VVG wurde gesondert hingewiesen.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragvermittlers	Unterschrift des Antragstellers

SEPA-Lastschriftmandat für die Haftpflichtkasse, Darmstädter Str. 103, 64380 Roßdorf - Gläubiger-ID-Nr: DE73HKD00000020189

Ich ermächtige die Haftpflichtkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Haftpflichtkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Haftpflichtkasse wird die erstmalige SEPA-Basislastschrift spätestens fünf Kalendertage vorab ankündigen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname / Straße, Hausnummer / PLZ, Ort des Kontoinhabers (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)

D E

IBAN Prüfziffer Bankleitzahl Kontonummer (rechtsbündig)

Kreditinstitut

BIC

Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

Unterschrift zur Antragstellung

Durch Ihre Unterschrift machen Sie den Inhalt dieses Antrags zum Bestandteil Ihres Vertrages und erklären Ihre Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie zur Entbindung der Schweigepflicht und erklären Ihre Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz und der Datenschutz-Grundverordnung sowie zur Entbindung der Schweigepflicht. Von Ihrem Widerrufsrecht haben Sie Kenntnis.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragvermittlers	Unterschrift des Antragstellers	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift volljährige versicherte Person 1	Unterschrift volljährige versicherte Person 2	Unterschrift volljährige versicherte Person 3	Unterschrift volljährige versicherte Person 4

Deckungsbausteine Unfallversicherung VARIO

3 Tage Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld bei ambulanter Operation
Auf Wunsch Außerkraftsetzung bei Arbeitslosigkeit
Beitragsfreier Versicherungsschutz in der Kinderunfallversicherung bei Tod des Versicherungsnehmers (bis zum 18. Lebensjahr des Kindes)
Bergungs- und Transportkosten, kosmetische Operationen und Kurkostenbeihilfe bis zu 10.000 €
Bewusstseinsstörungen durch Alkohol beim Führen von Kfz bis zu 0,8 ‰
Eintritt einer Oberschenkelhalsfraktur, unabhängig von der Unfallursache (für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres)
Erfrieren, Ertrinken und Ersticken
Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen
Genesungsgeld zu 100 % für 100 Tage
Innovationsgarantie, zukünftige Bedingungsverbesserungen gelten automatisch mitversichert
Invaliditätsanmeldung bis 18 Monate
Invaliditätsleistung mit Integralfranchise ab 25 % Invalidität (für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres)
Mitversicherung gewalttätiger Auseinandersetzungen, wenn Versicherungspflichtiger nicht auf Seiten der Unruhestifter ist
Nahrungsmittelvergiftungen
Passives Kriegsrisiko bis 21 Tage sowie innere Unruhen und Raufereien
Psychische Erkrankung durch Unfall
Strahlenschäden (z. B. Laser, Maser, künstliches UV-Licht)
Tauchtypische Gesundheitsschäden
Todesfallleistung auch dann, wenn Person lediglich verschollen ist
Unfälle aufgrund Einschlafens beim Lenken von Fahrzeugen
Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe
Vergiftungen bei Kindern oder Jugendlichen unter 14 Jahren
Versehentlich zu spät gemeldeter Unfallschaden bei zunächst geringfügiger Verletzung ist keine Obliegenheitsverletzung
Zahnersatz, soweit natürliche Schneide- und Eckzähne beschädigt wurden
Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ab 40 %
Bauch- und Unterleibsbrüche sowie Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule durch erhöhte Kraftanstrengung
Bewusstseinsstörungen durch Alkohol beim Führen von Kfz bis zu 1,1 ‰
Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug gelten als Unfall
Gliedertaxe Komfortschutz
Keine Summenreduzierung bei versehentlicher Nichtanmeldung Berufswechsel Gruppe A nach B
Krankenhaustagegeld innerhalb von 5 Jahren für höchstens 1.000 Tage sowie Verdopplung bei Aufenthalt im Ausland
Nachhilfeunterricht bei unfallbedingtem Schulausfall von Kindern
Rooming-in-Leistungen für bis zu 10 Übernachtungen
Todesfallleistung statt 12 bis zu 24 Monate nach dem Unfalltag
Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeuges bei Kindern bis zu 18 Jahren
Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder, pro Jahr und Kind bis zu 6.000 €
Vorschussleistung vor Abschluss des Heilverfahrens auch ohne vereinbarte Todesfallsumme
Vorsorgeversicherung von Babys, auch während der Schwangerschaft, sowie für Eheleute/eingetragene Lebenspartner 25.000 €
Während Außerkraftsetzung wegen Arbeitslosigkeit beitragsfreier Versicherungsschutz
Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ab 50 %
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen bis zu 6.000 €
Bergungs- und Transportkosten, kosmetische Operationen und Kurkostenbeihilfe bis zu 20.000 €
Bewusstseinsstörungen durch Alkohol beim Führen von Kfz bis zu 1,5 ‰
Bewusstseinsstörungen durch Medikamente, die Einwirkung von Witterungsbedingungen (z. B. hitzebedingte Kreislaufreaktion), Herzinfarkt oder Schlaganfall
Doppelte Todesfallleistung, wenn beide Eltern durch einen Unfall versterben oder der Unfall in einem öffentlichen Verkehrsmittel stattfand
Eigenbehaltskosten für max. 28 Tage in Höhe von 11 €
Eintritt einer Oberschenkelhals- oder Oberarmfraktur, unabhängig von der Unfallursache (für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres)
Entführung, Geiselnahme oder Raubüberfall bis 3.000 €
Erweiterung der Vergiftungen bei Kindern
Fahrtveranstaltungen zur Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit
Freizeitfahrten mit Karts auf Kartbahnen
Geistes- oder Bewusstseinsstörungen infolge einer ungewollten Einnahme von K.-o.-Tropfen
Genesungsgeld zu 100 % für 500 Tage
Genesungsgeldanspruch, auch wenn die verunfallte Person im Krankenhaus verstirbt
Gliedertaxe Komfortschutz Plus
Invaliditätsanmeldung bis 24 Monate
Kapitalleistung bei Blindheit in Höhe von 2.000 € (für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres)
Kein Einwand von Geistes- oder Bewusstseinsstörung bei Unfalltod bis 6.000 €
Kinder beim Umgang mit selbst gebauten Feuerwerkskörpern
Kitesurfen gilt als mitversicherte Sportart
Komageld in Höhe des Krankenhaustagegeldes
Kostenbeteiligung an Hilfsmitteln bis max. 1.500 € (für versicherte Personen ab Vollendung des 67. Lebensjahres)
Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auch bei vollstationärer Reha-Maßnahme
Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld bei einem Leistenbruch, Nabelbruch oder Bauchbruch für 3 Tage
Kurkostenbeihilfe bereits ab einer Woche Kuraufenthalt oder für teilstationäre Reha-Maßnahmen
Logopädische/Psychische Therapie nach unfallbedingter Aphasie bei Kindern
Sofortleistung bei schweren Verletzungen max. 10.000 €
Sonnenbrand oder -stich
Sonstige Strahlen (außer Kernenergie)
Therapie- und Druckkammerkosten bei Tauchunfällen bis zu 20.000 €
Übergangsleistungsanspruch zu 50 %, wenn nach 3 Monaten noch 100 % Beeinträchtigung besteht
Umfangreicher Versicherungsschutz bei Infektionen (inkl. Zeckenstich/-biss)
Unbegrenzt passives Kriegsrisiko, wenn Ausreise unmöglich
Vorsorgeversicherung von Babys, auch während der Schwangerschaft, sowie für Eheleute/eingetragene Lebenspartner 30.000 €
Zahnersatz, soweit natürliche Zähne beschädigt wurden
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen bis zu 10.000 €
Bergungs- und Transportkosten, kosmetische Operationen bis zu 50.000 €
Besserstellung bei der Neufeststellung der Invalidität
Bewusstseinsstörungen durch Alkohol beim Führen von Kfz bis zu 1,6 ‰
Bewusstseinsstörungen durch epileptische Anfälle, Krampfanfälle, Herz- und/oder Kreislaufstörungen oder Schlafwandel
Blutungen aus inneren Organen oder Gehirnblutungen

Leistungsstufe Vollschutz

Leistungsstufe Komfortschutz Plus – 10 %

Leistungsstufe Komfortschutz – 20 %

Leistungsstufe Basisschutz – 30 %

Die Leistungen sind verkürzt wiedergegeben. Maßgebend ist der Wortlaut der Versicherungsbedingungen.

Deckungsbausteine Unfallversicherung VARIO

Eigenbewegungen	Leistungstufe Vollschutz
Gliedertaxe Vollschutz	
Heilbehandlung im Ausland bis 5.000 €	
Herzinfarkt oder Schlaganfall innerhalb einer Stunde nach dem Unfall gelten als Unfallfolge	
Invaliditätsanmeldung bis 36 Monate	
Kein Einwand von Geistes- oder Bewusstseinsstörung bei Unfalltod bis 20.000 €	
Keine Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen bis 100 % möglich (bei Personen ab 67 Jahren, 70%)	
Komageld in Höhe des Krankenhaustagegeldes, mindestens 30 €	
Krankenhaustagegeld innerhalb von 5 Jahren für höchstens 1.825 Tage sowie Verdopplung bei Aufenthalt im Ausland	
Kurkostenbeihilfe bis zu 30.000 €	
Pflegegeld bei Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe I für bis zu drei Jahre in Höhe von 20 € täglich	
Psychologische Betreuung nach schwerem Unfall für 10 Sitzungen	
Reparatur bzw. Ersatz bei Beschädigung von bereits bestehenden Gliedmaßen Prothesen bis 2.500 €	
Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen, soweit Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld versichert ist, mind. 200 €	
Sofortleistung bei bestimmten Krebserkrankungen max. 20.000 €	
Sofortleistung bei schweren Verletzungen max. 20.000 €	
Therapie- und Druckkammerkosten bei Tauchunfällen bis zu 50.000 €	
Unfallkrankenhaustagegeld wenn der Krankenhausaufenthalt zur Nachbehandlung über die Frist von 5 Jahren hinaus erforderlich ist	
Vergiftungen durch Gase oder Dämpfe, bei einer Einwirkung von bis zu 7 Tagen	
Vollwaisen-Rente an alle versicherten minderjährigen Kinder, pro Jahr und Kind bis zu 8.000 €	
Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheimes bis 30.000 €	
Vorsorgeversicherung für Eheleute/eingetragene Lebenspartner 100.000 €	
Während Außerkräftsetzung wegen Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit beitragsfreier Versicherungsschutz	
Auf Wunsch Außerkräftsetzung bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit	

Die Leistungen sind verkürzt wiedergegeben. Maßgebend ist der Wortlaut der Versicherungsbedingungen.

Leistungsart	Beitrag je	Beitragssätze Vollschutz bis einschließlich 67. Lebensjahr			Beitragssätze Vollschutz ab Vollendung des 67. Lebensjahres*			Maximale Grundsummen	
		A	B	K	67-71	72-76	77-81	Erwachsene	Kinder
Progression									
Invalidität ohne	1.000 €	0,80	1,37	0,46	2,29	2,71	3,21	1.000.000 €	
Invalidität 225 %	1.000 €	1,04	1,70	0,59	2,79	3,31	3,92	440.000 €	
Invalidität 350 %	1.000 €	1,20	2,20	0,67	3,29	3,90	4,62	280.000 €	
Invalidität 500 %	1.000 €	1,40	2,42	0,78	4,03	4,77	5,65	200.000 €	
Unfall-Rente monatlich	100 €	10,00	17,60	9,20	14,00	14,00	14,00	mind. 100 € 100 € max. 1.500 €	mind. 100 € max. 1.500 €
Unfalltod	1.000 €	0,69	1,27	0,44	0,84	1,21	1,75	600.000 € Ab Vollendung des 67. Lebensjahres: 100.000 €	10.000 €
Krankenhaustage- und Genesungsgeld	1 €	0,87	1,87	0,58	3,52	4,53	5,89	1 % aus der Invaliditäts-Grundsumme max. 75 €	1 % aus der Invaliditäts-Grundsumme max. 30 €
Übergangsleistung	1.000 €	1,95	2,75	0,99	nicht möglich			10 % aus der Invaliditäts-Grundsumme max. 20.000 €	10 % aus der Invaliditäts-Grundsumme max. 10.000 €
Hilfe-Paket Nur in Verbindung mit Invaliditätsleistung und/oder Unfallrente möglich	pro versicherte Person, unabhängig von der vereinbarten Leistungsstufe	20,00	20,00	ohne Beitrag	25,00	25,00	25,00		

Alle Beiträge zzgl. gesetzl. Versicherungsteuer. *Die Beitragssätze gelten für das Eintrittsalter und bleiben während der Vertragslaufzeit unverändert. Werden in einem Vertrag ausschließlich Kinder versichert, beträgt der Beitrag für das Hilfe-Paket 20,00 €.

Der Beitragssatz für die Invaliditätsleistung mit 25 % Integralfranchise (Leistung ab Invaliditätsgrad > 25 %) für 67- bis 71-Jährige entspricht dem der Gefahrengruppe A der bis 67-Jährigen. Für die höheren Altersstufen erhöht sich der Beitragssatz um jeweils 20 %.



1 Bitte beachten Sie bei einem Antrag:

Makler mit Vollmacht können die Vertragsunterlagen gemäß § 7 VVG für den Antragsteller in Empfang nehmen. Bitte bestätigen Sie für diesen Fall das Vorliegen einer entsprechenden Vollmacht. Sofern keine Vollmacht vorliegt, müssen dem Antragsteller rechtzeitig vor seiner Vertragserklärung die Unterlagen gemäß § 7 VVG in Textform übergeben werden. Bitte bestätigen Sie die Übergabe der Unterlagen durch das Feld „Empfangsbestätigung“.

2 Bitte beachten Sie bei einer Angebotsanfrage:

Für eine Angebotsanfrage ist weder eine Maklervollmacht noch eine Übergabe der Unterlagen gemäß § 7 VVG erforderlich. Diese Unterlagen werden von uns zusammen mit dem Angebot übersendet. Nach dem Übersenden des Angebots muss der Antragsteller die Annahme lediglich bestätigen, um Versicherungsschutz zu erlangen.

I. Verbraucherhinweise

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, benötigt die Haftpflichtkasse daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die Haftpflichtkasse ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, 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, weiterleiten zu dürfen. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Haftpflichtkasse 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 sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die Haftpflichtkasse selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Haftpflichtkasse (unter 2.)
- und wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben und jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Haftpflichtkasse

Ich willige ein, dass die Haftpflichtkasse 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.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der Haftpflichtkasse

Die Haftpflichtkasse verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Haftpflichtkasse 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, in Teilen nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Haftpflichtkasse Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die Haftpflichtkasse führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Haftpflichtkasse erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann bei der Haftpflichtkasse angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Haftpflichtkasse Ihre Einwilligung. Ich willige ein, dass die Haftpflichtkasse meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Haftpflichtkasse dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Haftpflichtkasse 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 Haftpflichtkasse

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 Haftpflichtkasse 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 Haftpflichtkasse 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 der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch die Haftpflichtkasse 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 Haftpflichtkasse tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Haftpflichtkasse 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 Haftpflichtkasse 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.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Haftpflichtkasse Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die Haftpflichtkasse 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.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der gültigen Datenschutzgesetze sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datenschutz können Sie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, abrufen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gerne einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus. Bitte wenden Sie sich dafür an: Die Haftpflichtkasse VVaG, Darmstädter Str. 103, 64380 Roßdorf, Tel. 06154/601-0, info@haftpflichtkasse.de.

Ausführliche Informationen über die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte finden Sie in den Verbraucherinformationen, welche Ihnen vor Antragstellung in Textform mitgeteilt wurden. Diese halten wir zudem auf unserer Internetseite unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datenschutz in der jeweils aktuellen Version für Sie abrufbereit.

Haben Sie uns neben Ihren eigenen personenbezogenen Daten auch Daten weiterer Personen genannt (z. B. mitversicherte Personen/Lebenspartner, abweichende Kontoinhaber etc.), geben Sie die vorliegenden Informationen zur Verwendung der Daten bitte auch an diese weiter.

3 Information zur Gefahrengruppeneinstufung

Personen, die einen Beruf ausüben, der im „Berufsgruppenverzeichnis der Gefahrengruppe B“ oder in der „Liste der nicht versicherbaren Berufe“ genannt wird, werden in die Gefahrengruppe B eingestuft bzw. können nicht versichert werden. Wird eine der genannten Tätigkeiten der Gefahrengruppe B im Rahmen einer Beschäftigung im Hotel- oder Gaststättengewerbe ausgeübt, wird diese Person, trotz Nennung des Berufs, in die Gefahrengruppe A eingestuft.

Alle weiteren Personen werden in die Gefahrengruppe A eingestuft. Das „Berufsgruppenverzeichnis der Gefahrengruppe B“ und die „Liste der nicht versicherbaren Berufe“ liegen den Vertragsunterlagen gemäß § 7 VVG bei.

4 Integralfranchise

Wird für eine versicherte Person ab Vollendung des 67. Lebensjahres eine Integralfranchise beantragt, besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt. Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

5 Hilfe-Paket

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass eine versicherte Person einen Unfall erlitten hat und aufgrund dieses Unfalls hilfebedürftig ist.

Hilfebedürftig ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufigen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe bedarf.

6 Regelung zur Mitwirkungsklausel

Die Unfallversicherung VARIO der Haftpflichtkasse bietet in der Leistungsstufe Vollschutz unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, dass auf eine Leistungskürzung bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen verzichtet wird (Ziffer 3 AUB 2014).

Die Voraussetzungen hierfür liegen vor, wenn:

1. die Gesundheitsfrage im Antrag für die betreffende Person mit „nein“ beantwortet werden kann;

2. die Gesundheitsfrage mit „ja“ beantwortet werden musste und eine eingehende Risikoprüfung ergeben hat, dass eine Mitversicherung des Verzichtes einer Leistungskürzung möglich ist.

Hat die Prüfung gem. Ziffer 2 ergeben, dass ein genereller Verzicht der Leistungskürzung nicht möglich ist, beträgt der Mitwirkungsanteil, ab dem eine Kürzung erfolgt, 70 % (gemäß BBU VARIO Vollschutz).

Versicherer

Versicherer für die Haftpflichtversicherung ist die Haftpflichtkasse. Sämtliche Erklärungen, Mitteilungen und Anzeigen sowie die Erhebung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen sind an die Haftpflichtkasse unter folgender Anschrift zu richten:

Die Haftpflichtkasse, Darmstädter Str. 103, 64380 Roßdorf.

Geltendes Recht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Service

Es ist unser Ziel, Sie als Kundin/Kunde zufriedenzustellen. Zuständig für die mit Ihrem Versicherungsvertrag in Zusammenhang stehenden Wünsche sind Ihre Vermittlerin oder Ihr Vermittler sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Hauses. Falls es dennoch einmal zu Reklamationen kommt, stehen Ihnen zur Verfügung:

- Ihre Vermittlerin/Ihr Vermittler
- der Vorstand der Haftpflichtkasse VVaG
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
– Bereich Versicherungen –
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
- Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

II. Vertragsgrundlagen

Das Versicherungsverhältnis richtet sich nach dem Antrag und etwaigen Antragsergänzungen, den Unfallversicherungsbedingungen, den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung, etwaigen Zusatzbedingungen sowie der Satzung der Haftpflichtkasse.

7 III. Verbraucherinformationen

Die Verbraucherinformationen der Unfallversicherung bestehen aus dem Produktinformationsblatt zur Unfallversicherung VARIO, den Allgemeinen Informationen für den Versicherungsnehmer, dem Hinweis zu § 19 VVG, der Widerrufsbelehrung, den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung, den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung VARIO, den Allgemeinen Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung VARIO, dem Berufsgruppenverzeichnis, der Datenschutzerklärung und der Satzung der Haftpflichtkasse.

IV. Gültigkeit der Verbraucherinformationen

Die Verbraucherinformationen werden ein Mal pro Kalenderjahr, zum 1. Januar, aktualisiert. Dem Datum der Antragstellung (Antragsdatum) während eines Kalenderjahres liegen die Verbraucherinformationen mit dem Standsdatum des jeweiligen Kalenderjahres zugrunde.

8 V. Schlussklärung

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Der Antragsteller bestätigt, dass seine Erklärungen zu den Gefahrumständen vollständig schriftlich niedergelegt wurden. Eine unrichtige Beantwortung vorstehender Fragen nach Gefahrumständen sowie arglistiges Verschweigen auch sonstiger Gefahrumstände können den Versicherer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen. Nebenabreden gelten nur, wenn sie von der Gesellschaft bestätigt worden sind.

Die Haftpflichtkasse VVaG

Darmstädter Straße 103, 64380 Roßdorf

O 61 54 / 6 01 - 12 77

O 61 54 / 6 01 - 22 88

E-Mail: info@haftpflichtkasse.de

Internet: www.haftpflichtkasse.de

Handelsregisternummer:

HRB 1204 Registergericht Darmstadt



Leistungsübersicht Hilfe-Paket

Hilfeleistungen bis 6 Monate	Arzneimittelversand
	Arztsuche
	Besorgungen und Einkäufe
	Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
	Erstgespräch
	Fahrdienst zu Ärzten, zur Krankengymnastik, Therapie oder zu Behörden
	Hausnotrufdienst
	Menüservice
	Tag- und Nachtwache
	Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung
Organisatorische Leistungen bis 6 Monate	Wohnungsreinigung
	Hausmeisterdienst
	Krankenrücktransport
	Medizinische Abklärung
	Pflegeplatzgarantie
	Überführungen
	Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen und der Wohnung
	Vermittlung von Pflegehilfsmitteln und einer Tierbetreuung
Unfallpflegeleistungen	24-Stunden-Pflegenotruf/Notfallservice
	Grundpflege (bis 4 Wochen)
	Pflegeberatung
	Pfleges Schulung für Angehörige
Familien-Hilfe bis 4 Wochen	Angehörigenhilfe (u.a. Menüservice, Wohnungsreinigung)
	Kinder-Assistance
	Leistungen für Familienangehörige der versicherten Person