Antrag auf Betriebsunterbrechungsversicherung für Freiberufler und selbständig Tätige in Deutschland nach den Vertragsgrundlagen für die Einkommenssicherung - ABFTD 2011

Versicherer: Generali Versicherung AG, Landskrongasse 1-3, 1010 Wien, Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien, Firmenbuch HG Wien: FN 38.641a
Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, D-53117 Bonn

KuV24.de
Konzept und Verantwortung
Versicherungsmakler GmbH
Karlstr. 99
D-89073 Ulm
Tel. (0731) 27703-63
Fax (0731) 27703-963
service@KuV24.de

Versicherungsnehmer

Familienname, Vorname, akad. Grad bzw. Firma:
Straße: Stanleystr. 17
PLZ: 65189
Ort: Wiesbaden
Telefon: 0611721942
Email: rschowe@ra-sch.de

Versicherungsort

Straße (Gasse, Platz, Ort ohne Straßenbezeichnung) Nr./Stiege/Stock/Tür: Stanleystr. 17
PLZ: 65189
Ort: Wiesbaden

Versicherte Person

Familienname, Vorname, akad. Grad: Schowe, Ralf
Berufsbezeichnung: Ingenieur/in f?r Informationstechnik
Anzahl Dienstnehmer: 1
Branche: Gewerbebetrieb
Tarifgruppe: Tarifgruppe 1

Zahlungsart

Die Prämienzahlung erfolgt nur durch Lastschriftverfahren im Voraus 1/2 bzw. 1/1 jährlich!

Zahlungsart ☐ jährlich ☒ halbjährlich
Name des Geldinstitutes: Commerzbank vormals Dresdner Bank
Bankleitzahl: 51080060
Kontonummer: 126175700

Ich ermächtige den Versicherer und meine kontoführende Bank widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen/abzubuchen.
Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungsdatum ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen.

Vor- und Nebenversicherung

Versicherungsart	Versicherer	Zeitraum	Kündigung durch

Vorschäden der letzten 3 Jahre

Schadenart	Eintrittsjahr	Schadenhöhe	Erstattungshöhe

Mehr als 5 Vorschäden? ☐ ja ☐ nein
Ablehnung oder Annahme nur zu erschwerten Bedingungen durch anderen Versicherer? ☐ ja ☐ nein

Versicherer	Zeitpunkt	Begründung

Beantragte Versicherungsleistungen

Vertragsdauer ☐ 1 Jahr ☐ 5 Jahre ☒ 10 Jahre Beginn: 01.09.2014 Ende: 01.09.2024 jeweils 0.00 Uhr

Karenz	Versicherungssummen in EUR pro Tag	pro Jahr	Jahresprämie in EUR (inkl. 19% Vers.Steuer)
14 Tage	300,00	108.000,00	2.544,70
21 Tage			
28 Tage			
42 Tage			
84 Tage			
100 Tage			

(Bei stationärem Krankenhausaufenthalt von mind. 48 Stunden bzw. bei Unfällen gilt die vereinbarte Karenzfrist um 7 Tage verkürzt.)
Der Gesamtbetrag der oben angeführten Jahresprämie enthält folgende Zu- und Abschläge und besondere Vereinbarungen:

☒ + 10 % Kündigungsverzicht (Bes. Bed. 52)
☒ – 10 % Vorausbonus (Bes. Bed. 51)
☐ – 30 % Willkommensbonus (im 1. Versicherungsjahr)
☐ – 10 % Dauerrabatt (Vertragslaufzeit 5 Jahre)
☒ – 20 % Dauerrabatt (Vertragslaufzeit 10 Jahre)
☒ Nachhaftung bei Betriebsauflösung wegen Arbeitsunfähigkeit oder Tod (Bes. Bed. 31)
☐ Einschluss psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen (Bes. Bed. 53)

Gesundheitsfragen zur Betriebsunterbrechungsversicherung

Angaben über die versicherte Person	Geb.Datum	Geschlecht	Größe (cm)	Gewicht (kg)
	20.08.1959	☒ M ☐ W	175	78

Hausarzt

SAP 22980 02.11

Eine Erkrankung oder eine Verletzung, die zwischen Antragstellung und Zustellung der Polizze auftritt, ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Grundsätzlich besteht nur für in der Versicherungszeit neu entstehende Erkrankungen und Unfälle Versicherungsschutz. Krankheiten und Unfallfolgen die vor Versicherungsbeginn aufgetreten sind, sind bei Antragstellung anzugeben und können in den Versicherungsschutz einbezogen werden. Die hier angegebenen Krankheiten sind, wenn in der Polizze nicht anders vermerkt, in den Versicherungsschutz eingeschlossen.

1. Bestehen oder bestanden Beschwerden, Krankheiten, chronische Leiden (z. B. auch Allergien und Schwächen im Immunsystem, HIV positiv, Anomalien, Behinderungen, Unfallfolgen)?
Leiden Sie oder haben Sie an Erkrankungen der Psyche gelitten (z.B. Depression, Burn Out, psychische Erschöpfungszustände)?
Wenn ja, welche? von-bis ☐ ja ☒ nein wie und von wem behandelt?

2. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Kur- oder Rehabilitationsbehandlungen stattgefunden?
Wenn ja, welche? von-bis ☐ ja ☒ nein wie und von wem behandelt?

3. Haben in den letzten 10 Jahren Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen stattgefunden?
Wenn ja, welche? von-bis ☐ ja ☒ nein wie und von wem behandelt?

4. Werden regelmäßig Behandler (Ärzte, etc.) aufgesucht, werden regelmäßig Medikamente genommen? Wenn ja welche und warum? ☐ ja ☒ nein

5. Sind ärztliche Behandlungen bzw. Operationen notwendig oder angeraten? Wenn ja welche und warum? ☐ ja ☒ nein

6. Besteht eine Schwangerschaft? Wann ist der voraussichtliche Geburtstermin? ☐ ja ☒ nein

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass die Versicherungssumme den tatsächlichen Unterbrechungsschaden (entgangener Betriebsgewinn und fortlaufende Betriebskosten) nicht übersteigt.
Ich verpflichte mich, eine Änderung der auf dem Antrag angegebenen Umstände bekannt zu geben.
Ich nehme zur Kenntnis, dass der Versicherungsvertrag ohne Rücksicht auf die vereinbarte Laufzeit jedenfalls erlischt

- mit der Beendigung der angeführten Erwerbstätigkeit
- mit Eintritt der dauernden Arbeitsunfähigkeit
- mit Bezug von Leistungen für die Dauer von 730 Tagen innerhalb von 24 Monaten
- mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet.

Ich nehme hinsichtlich der Anmeldung von Ansprüchen zur Kenntnis, dass eine die völlige Arbeitsunfähigkeit bedingte Krankheit bei der zuständigen Direktion unverzüglich schriftlich zu melden ist.

Ich habe diesen Antrag einschließlich aller nachstehenden Erklärungen und Erläuterungen, Hinweise, Fragen und Antworten vor Unterzeichnung durchgelesen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der eingetragenen Antworten und erkenne die nachstehenden Erklärungen und Erläuterungen als Inhalt des Vertrages an.

Ich habe alle relevanten Vertragsbestimmungen, das Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Informationen des Versicherers gemäß § 1 VVG-InfoV, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Mitteilungen des Versicherers gemäß § 19 Abs 5 VVG und § 28 Abs 4 VVG und die Information über das Rücktrittsrecht gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG erhalten und davon Kenntnis genommen. Die Inhalte dieser Dokumente werden mit meiner Unterschrift wichtige Vertragsbestandteile.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift der versicherten Person	Unterschrift des Vermittlers

SK	B	VS	KONTO	PZ	SUBKONTO	TLG AB	TLG FO	TLG PROD
4			6 2 3 7 26					

Erläuterungen und Erklärungen

Anwendbares Recht
Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Verpflichtung bis zur Annahme des Antrags
Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen) und alle Veränderungen im Gesundheitszustand die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das gleiche gilt bei einer zwischenzeitlich festgestellten Schwangerschaft. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflicht den Vertrag anfechten oder kündigen, vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Verantwortung für den Antrag
Mir ist bekannt, dass die vollständige und wahrheitsgemäße Beantwortung der gestellten Fragen und die zu erbringenden Angaben, Grundlage für die Antragsprüfung sind und ich dabei auch Umstände anzugeben habe, denen ich nur geringe Bedeutung beimesse. Bei unvollständiger oder unrichtiger Anzeige kann der Versicherer den Vertrag anfechten oder kündigen, vom Vertrag zurücktreten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Datenschutz
Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Prämien, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich bin über den Inhalt der Datenschutzhinweise aufgeklärt und willige in die erforderliche Datenübermittlung und Speicherung ein. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer und die VOLZ Makler Consulting GmbH, Birkenweg 4, D-88250 Weingarten, die im Rahmen und zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses handelt und der Aufsicht des Versicherers und den deutschen und österreichischen Datenschutzbestimmungen untersteht, meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden. An Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit dies zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Entbindung von der Schweigepflicht
Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder die Leistungspflicht erforderlich ist – Angaben über meinen Gesundheitszustand und bei anderen Krankenversicherern auch Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertragsabschlusses überprüft. Zu diesem Zweck entbinde ich Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, die mich in den letzten 10 Jahren behandelt haben, sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenversicherer und Behörden von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meine Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu geben. Dies gilt auch für Mitarbeiter anderer Kranken-, Unfall- und Lebensversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehung stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet 5 Jahre nach Antragstellung. Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) soweit von mir veranlasste Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck entbinde ich Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Kur- und Rehabilitationseinrichtungen, die mich in den letzten 10 Jahren behandelt haben, sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenversicherer und Behörden von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meine Tod hinaus; dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruchs die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch für die Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Mitarbeiter anderer Kranken- und Unfallversicherer, die nach den dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Zustandekommen des Vertrages/Beginn
Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustandekommt, wenn der Versicherer mir schriftlich die Annahme des Antrags erklärt bzw. die Polizze aushändigt. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Prämien zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages (keine vorläufige Deckung!).

Nebenabreden
Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie in der Polizze dokumentiert sind.