

**Deckungsaufgabe zur
Unfallversicherung**

Versicherungsnehmer:

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Vers.beginn / ablauf: _____

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich (3%RZ) vierteljährlich (5%RZ)
(Mindestbetrag pro Rate = 30,00 EUR)

Lastschriftzug: ja nein IBAN (22stellig): _____ BIC: _____

Vorversicherung: ja nein Vertrag: _____ Gesellschaft: _____

Vorschäden: (aus den letzten fünf Jahren)
 ja nein Anzahl: _____ Höhe in €: _____

Leiden Sie derzeit bzw. litten Sie in den letzten 5 Jahren an Erkrankungen oder Beschwerden oder hatten Sie Operationen des Herzens bzw. der Kreislauforgane (z. B. Durchblutungsstörungen, Herzinfarkt, Schlaganfall), des Gehirnes, des Nervensystems, der Psyche (z. B. häufige Kopfschmerzen, Schwindel, Lähmungen, Epilepsie, Depressionen, Multiple Sklerose), des Stoffwechselsystems (z.B. Zuckerkrankheit), der Sinnesorgane (bei Augen auch ab 8 Dioptrien) bzw. nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Drogen oder Suchtgifte, oder hatten Sie Unfälle in den letzten 5 Jahren bzw. Unfälle mit Dauerfolgen oder sind Sie arbeitsunfähig oder invalide?

ja nein Sofern die Frage mit ja beantwortet wird, geben Sie die Vorerkrankungen bitte auf einem separaten Blatt auf. Es erfolgt eine individuelle Annahmeprüfung

	Versicherte Person	Geburtsdatum	Beruf	Gefahrengruppe	Bezugsrecht
1					
2					
3					
4					
5					

	Todesfall / €	o/oo	Invaliddtät / €	Prog./ %	o/oo	TopCare / €	€	Übergang. / €	o/oo	Beitrag / €	Beginn
1											
2											
3											
4											
5											

	KHTG ohne GG / €	o/oo	KHTG mit GG / €	o/oo	Tagegeld ab 43. Tag / €	o/oo	Unfall-Rente / €	o/oo
1								
2								
3								
4								
5								

CR Deckungsaufgabe Unfall 5.2016

Familiennachlass

**abzgl. 5% bei 2 versicherten Personen
abzgl. 10% bei 3 versicherten Personen**

Gesamtjahresbeitrag: _____ EUR

Prämie abgesprochen Tarif mit Herrn/Frau _____

am _____

Besondere Vereinbarungen:

Vertragsgrundlagen

Als Vertragsgrundlagen gelten – sofern vereinbart –

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen AUB 2012
Vereinbarte Klauseln

Datum, Ort

Unterschrift Kunde

Unterschrift Vermittler

Maklerauftrag ja nein

Sofern kein Maklerauftrag vorliegt, ist eine Unterschrift des Kunden zwingend erforderlich.

Vermittler: _____

Vermittler-Nr. : _____
(Bitte unbedingt mit angeben)