

Ihr Ansprechpartner:

MATHIAS JENSCH Versicherungsmakler GmbH & Co. KG | Telefon: 03 51 - 832 88 30 | kundenservice@reisepolice.com

Deckungsauftrag – Private Einzelunfallversicherung

ReisePolice.com

Versicherungsschutz besteht bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle rund um die Uhr, weltweit.

<input type="checkbox"/> Neuantrag <input type="checkbox"/> Änderungsantrag	<input checked="" type="checkbox"/> Policen-Versand über Agentur!		Per Fax an: +49 (0)3 51 / 832 88 35			
Versicherungsnummer: <small>(bei Änderungsantrag)</small>		Agentur: 67-1223				
Versicherungsnehmer / Antragsteller						
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name, Vorname:					
	Anschrift:					
	Ausgeübter Beruf:					
	Gefahrengruppe:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<small>(gemäß Berufsschlüsselverzeichnis zum Unfalltarif)</small>			
	Geburtsdatum:					
	Emailadresse:					
	Telefon:					
zu versichernde Person (wenn nicht Versicherungsnehmer)						
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name, Vorname:					
	Anschrift:					
	Ausgeübter Beruf:					
	Gefahrengruppe:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<small>(gemäß Berufsschlüsselverzeichnis zum Unfalltarif)</small>			
	Geburtsdatum:					
	Emailadresse:					
	Telefon:					
Versicherungsdauer						
Beginn (00:00 Uhr):		<input checked="" type="checkbox"/> Mindestvertragslaufzeit: 1 Jahr				
Ablauf (00:00 Uhr)						
Private Unfallversicherung – Leistungsvariante PLUS						
Tarifgruppe A - Personen mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend tätig, Studenten und Schüler ab 17 Jahre.						
Tarifgruppe B - Personen mit körperlicher und handwerklicher Berufsarbeit oder tätig mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen, Angehörige der Bundeswehr, des Bundesgrenzschutzes, im Außendienst tätige Polizisten und Beamte, Berufskraftfahrer, Landwirte, Tänzer, Tierärzte, Sport- und Tanzlehrer.						
<i>Die Beispielaufzählung zu Gefahrengruppe A und B ist nicht abschließend (ein vollständiges Berufsschlüsselverzeichnis halten wir vorrätig). Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen.</i>						
Deckungsumfang	<input type="checkbox"/> Variante 1	<input type="checkbox"/> Variante 2	<input type="checkbox"/> Variante 3 (Empfehlung!)			
Invaliditätsgrundsumme	50.000 €	100.000 €	150.000 €			
Progressionsstaffel <small>(Progression 350% nur bis 70. Geb.)</small>	350 %	350 %	350 %			
Leistung bei Vollinvalidität	175.000 €	350.000 €	525.000 €			
Todesfallleistung	5.000 €	5.000 €	5.000 €			
Kosmetische Operationen	10.000 €	10.000 €	10.000 €			
Bergungskosten	20.000 €	20.000 €	20.000 €			
Beitrag pro Person	Bruttobeitrag jährlich					
TARIFGRUPPE	A	B	A	B	A	B
KIND (bis zum 18.Geb.)	<input type="checkbox"/> 47,60 €	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 47,96 €	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 71,94 €	<input type="checkbox"/> -
ERWACHSENER	<input type="checkbox"/> 48,35 €	<input type="checkbox"/> 66,46 €	<input type="checkbox"/> 96,69 €	<input type="checkbox"/> 136,91 €	<input type="checkbox"/> 145,04 €	<input type="checkbox"/> 205,37 €
SENIOREN (ab 67-79 Jahre)	<input type="checkbox"/> 68,46 €	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> 136,91 €	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> -
FAMILIE	auf Anfrage					

Ihr Ansprechpartner:

MATHIAS JENSCH Versicherungsmakler GmbH & Co. KG | Telefon: 03 51 - 832 88 30 | kundenservice@reisepolice.com

Vorversicherung / Vorschäden			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Ist die beantragte Versicherung schon von einem anderen Versicherer abgelehnt worden?	
Wenn JA,		von Versicherer:	
		abgelehnt am:	
		Grund:	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Bestehen/bestanden Vorversicherungen?	
Wenn JA,		bei Gesellschaft:	
		Versicherungsnummer:	
		gekündigt durch/zum:	
Gesundheitserklärung / Vorerkrankungen / Unfallfolgen			
		Um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden, sind erhebliche Krankheiten und Gebrechen bei Antragstellung anzugeben. Erhebliche Krankheiten: Zum Beispiel AIDS, Alzheimersche Krankheit, Arthrose, Bluterkrankheiten, Blutgerinnungsstörungen, Depressionen, Diabetes, Epilepsie, Erkrankungen des Herzens, Erkrankungen des Rückenmarkes, Erkrankungen des Gehirns, Geisteskrankheit, Krampfanfälle, Multiple Sklerose, psychische Erkrankungen, Suchtkrankheiten, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, Schlaganfälle, sonstige schwere Gesundheitsstörungen, die eine regelmäßige Behandlung, Therapie oder Medikamenteneinnahme erforderlich machen oder eine Schwerbehinderung (GdB) zur Folge haben. Gebrechen: Sind beispielsweise Blindheit, Lähmungen, Schwerhörigkeit, Taubheit, starke Rückgratverkrümmung, Versteifung von Gelenken.	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Litt(en) die zu versichernde(n) Person(en) in den letzten fünf Jahren an einer erheblichen Gesundheitsschädigung (Erkrankung, Gebrechen oder Unfallverletzung) und musste(n) sich deshalb mehrmals ärztlich behandeln lassen oder regelmäßig Medikamente einnehmen?	
Wenn Ja , machen Sie hier bitte nähere Angaben zur Erkrankung / zum Gebrechen: <i>(Sofern der Platz nicht ausreicht, bitte Beiblatt verwenden.)</i>			
Name der Person(en)	Diagnose(n) (Medikament):	Erkrankung besteht seit:	Ausgeheilt?:
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einzugsermächtigung			
Bitte beachten Sie die Verbraucherinformation. Die Beiträge sind ab Beginn bis auf Widerruf im SEPA-Lastschriftverfahren einzuziehen. Die Einzugsermächtigung gilt auch für Ersatzverträge.			
Zahlungsweise:	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich (+3 %) <input type="checkbox"/> vierteljährlich (+5 %)		
<input checked="" type="checkbox"/> per Lastschrift	IBAN:		
	BIC:		
	Geldinstitut / Ort:		
	Kontoinhaber:		
Vertragsgrundlagen			
	<input checked="" type="checkbox"/> Produktinformationsblatt <input checked="" type="checkbox"/> Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010) <input checked="" type="checkbox"/> Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung Plus (BB Plus) <input checked="" type="checkbox"/> Verbraucherinformation zur Sach-, Haftpflicht- und Unfallversicherung (NA 6202)		
Annahmerichtlinien:	<input checked="" type="checkbox"/> Postanschrift in Deutschland <input checked="" type="checkbox"/> bestehende Kontoverbindung in Deutschland		
Besondere Vereinbarungen:	Sonderkonditionen mit rabattierten Beiträgen		
Risikoträger/Versicherer:	Rhion Versicherung AG, RheinLandplatz, 41412 Neuss		

Ihr Ansprechpartner:

MATHIAS JENSCH Versicherungsmakler GmbH & Co. KG | Telefon: 03 51 - 832 88 30 | kundenservice@reisepolice.com

Schlusserklärung	
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige hiermit, die o.g. Grundlagen, Versicherungsbedingungen und Informationen rechtzeitig vor Antragstellung in Textform erhalten zu haben. Die wichtigen Hinweise in der Verbraucherinformation habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen.
<input type="checkbox"/>	Hiermit verzichte ich darauf, dass mir vor Antragstellung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Vertragsinformationen zu der/den von mir beantragten Versicherung(en) übermittelt werden. Diese Unterlagen erhalte ich nach Antragstellung zusammen mit dem Versicherungsschein.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und richtig beantwortet habe (nähere Informationen hierzu siehe Verbraucherinformation). Hiermit stelle ich den Antrag mit vorgenanntem Inhalt. Eine ggf. erteilte Einzugsermächtigung und die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz werden durch meine Unterschrift ebenfalls Vertragsinhalt.
Dem Antrag sind folgende Anlagen beigelegt:	
	<input checked="" type="checkbox"/> Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung <input checked="" type="checkbox"/> SEPA-Lastschriftmandat

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Kunden

.....
Unterschrift des Vermittlers