

Protect	Premium	Premium Plus	Vermittler/-Nr.			
Deckungsauftrag (Antragsmodell)		Angebotsaufforderung (Invitativmodell)				
VN / Name	Vorname		Geschlecht			
			m	w	d	
Strasse / Nr.		Kd-Nr.				
PLZ	Wohnort					
IBAN	BIC	Bank	Zahlweise			
			1/1	1/2	1/4 1/12	
Vertragsbeginn – 0:00 Uhr	Vertragsablauf – 0:00 Uhr	Die Vertragslaufzeit beträgt mindestens 1 Jahr. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf gekündigt wird.				

**Hinweis auf möglichen Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die folgenden 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.

Vorversicherung	ja	nein	Gesellschaft / Vertragsnummer	gekündigt durch	
				VN	VR

Es besteht keine Nebenversicherung und eine vorherige Antragstellung wurde nicht abgelehnt.

Vorschäden	ja	nein	Anzahl	Jahre / Höhe / Ursache
(der letzten 5 Kalenderjahre, auch ohne Vorversicherung)				

**Gesundheitsfrage** (gilt für alle zu versichernden Personen)

Bestehen oder bestanden wesentliche Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen?

Wesentlich sind Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen, die

- in den letzten 5 Jahren zur Behandlung in einem Krankenhaus oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben
- regelmäßig (täglich oder in bestimmten Intervallen wiederkehrend und für die Dauer von mindestens 2 Monaten) innerhalb der letzten 12 Monate mit Medikamenten behandelt wurden
- zu einer Behinderung oder Invalidität geführt haben
- eine Sehschwäche von 8 Dioptrien oder mehr darstellen.

Soweit die Frage mit ja beantwortet werden muss, geben Sie bitte eine möglichst genaue Bezeichnung der Krankheit oder des Leidens an.

ja	nein	VP	Beschreibung (ggf. Arztbericht)
		VP	Beschreibung (ggf. Arztbericht)
		VP	Beschreibung (ggf. Arztbericht)
		VP	Beschreibung (ggf. Arztbericht)

**VP 1**

abw. Beginn	Name (falls abweichend) / Vorname	Geburtsdatum	m	w	d
Berufstätigkeit		Gefahrengruppe	Bezugsrecht im Todesfall (falls nicht gesetzl. Erben)		

**VP 2**

abw. Beginn	Name (falls abweichend) / Vorname	Geburtsdatum	m	w	d
Berufstätigkeit		Gefahrengruppe	Bezugsrecht im Todesfall (falls nicht gesetzl. Erben)		

**VP 3**  
 abw. Beginn Name (falls abweichend) / Vorname Geburtsdatum m w d  
 Berufstätigkeit Gefahrengruppe Bezugsrecht im Todesfall (falls nicht gesetzl. Erben)

**VP 4**  
 abw. Beginn Name (falls abweichend) / Vorname Geburtsdatum m w d  
 Berufstätigkeit Gefahrengruppe Bezugsrecht im Todesfall (falls nicht gesetzl. Erben)

Die Angabe der beruflichen Tätigkeit der zu versichernden Personen gehört ebenso wie alle sonstigen Risikoangaben zu den für den Vertragsschluss erheblichen Fragen. Die Rechtsfolgen bei einer unvollständigen oder unrichtigen Beantwortung sind identisch mit den Rechtsfolgen gemäß § 19 Nr. 1 bis 5. VVG (siehe Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG „Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“)

**VP 1**  
 Todesfall (in €) Invalidität (in €) Progression (in %) UKHT (in €) Übergangsleistung (in €) Prämie (in €) + Vst  
 Unfallrente (in €) Bausteine / Erweiterungen Unfallschutzbrief ja Prämie (in €) + Vst

**VP 2**  
 Todesfall (in €) Invalidität (in €) Progression (in %) UKHT (in €) Übergangsleistung (in €) Prämie (in €) + Vst  
 Unfallrente (in €) Bausteine / Erweiterungen Unfallschutzbrief ja Prämie (in €) + Vst

**VP 3**  
 Todesfall (in €) Invalidität (in €) Progression (in %) UKHT (in €) Übergangsleistung (in €) Prämie (in €) + Vst  
 Unfallrente (in €) Bausteine / Erweiterungen Unfallschutzbrief ja Prämie (in €) + Vst

**VP 4**  
 Todesfall (in €) Invalidität (in €) Progression (in %) UKHT (in €) Übergangsleistung (in €) Prämie (in €) + Vst  
 Unfallrente (in €) Bausteine / Erweiterungen Unfallschutzbrief ja Prämie (in €) + Vst

Familienrabatt ab 2 Personen ab 3 Personen Prämie (in €) + Vst

Mindestprämien beachten

Bündelrabatt Vertrags-Nr. bei 2 Verträgen 5% bei 3 Verträgen 10% Gesamtprämie p.a. (in €) + Vst

Bemerkungen / Sonstiges

Versicherungsschutz wird gewährt nach den aktuellen Annahme-, Zeichnungsrichtlinien und Versicherungsbedingungen der Interlloyd Versicherungs-AG.

Wird ein Deckungsauftrag (Antragsmodell) erteilt, wird der Erhalt bzw. die Aushändigung der Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Produktinformationsblatt, Versicherteninformationen) und der aktuellen Versicherungsbedingungen in Textform bestätigt.

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft Grundsätzlich richtet sich der Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten nach den Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft. Weitere Details dazu finden Sie am Ende der Bedingungen.

Hinweis auf die Einholung von Wirtschaftsauskünften

Wir nutzen Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen. Zweck ist es, die Zahlungsfähigkeit des Antragstellers zu überprüfen, um Kosten – insbesondere für die Gemeinschaft der Versicherten – zu vermeiden, die bei Zahlungsunfähigkeit eines Kunden entstehen. Hierzu werden Vorname, Nachname, Anschrift und Geburtsdatum an die Firma InfoScore Consumer Data GmbH (ICD), Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermittelt.

Mit Unterschrift des Antragstellers oder des mit Maklerauftrag legitimierten Vermittlers wird bestätigt, dass der Inhalt der Datenschutzeinwilligungserklärung zur Kenntnis genommen wurde und der Verwendung der allgemeinen personenbezogenen Daten wie dort beschrieben, zugestimmt wird.

Bedingungen nicht zusenden

Datum Unterschrift / Stempel