

# Deckungsauftrag Unfall-Schutzbrief

Vermittler/-Nr.

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, wenn er nicht gekündigt wird.

**Hinweis auf möglichen Datenaustausch mit anderen Versicherungsunternehmen**

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

Bestand / besteht in den letzten 5 Jahren eine gleichartige Versicherung?  nein  ja

Gesellschaft / Vertragsnummer  gekündigt durch  VN  VR

Sind in den letzten 5 Jahren Unfallschäden gemeldet worden?  nein  ja

Anzahl  Jahre / Höhe / Ursache

Eine vorherige Antragstellung wurde nicht abgelehnt und weitere Unfallverträge sind anzugeben.

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

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 (täglich oder in bestimmten Intervallen wiederkehrend für die Dauer von mindestens 2 Monaten) Medikamente einnehmen?

Erhebliche Gesundheitsschädigungen oder Beeinträchtigungen sind: AIDS, Alzheimersche Krankheit, Arthrose, Bluterkrankheiten, Blutgerinnungsstörungen, Depressionen, Diabetes, Epilepsie, Erkrankungen des Herzens, Erkrankungen des Rückenmarkes, Erkrankungen des Gehirns, Geisteskrankheit, Glasknochenkrankheit, Knochenkrebs, Krampfanfälle, Multiple Sklerose, Osteoporose, Parkinson, psychische Erkrankungen, Suchtkrankheiten, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit, Schlaganfälle und Personen die eine Schwerbehinderung von mindestens GdB 40% oder mindestens einen Pflegegrad 2 haben.

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

Bezeichnung der Krankheit oder des Leidens:

VP  Name (falls abweichend) / Vorname  Geburtsdatum  Geschlecht  m  w  d

Berufstätigkeit  Vorerkrankungen VP

Prämie VP1 (in €)

VP  Name (falls abweichend) / Vorname  Geburtsdatum  Geschlecht  m  w  d

Berufstätigkeit  Vorerkrankungen VP

Prämie VP2 (in €)

Weitere VPs auf der nächsten Seite ->

VP	Name (falls abweichend) / Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht			
			m	w	d	
Berufstätigkeit		Vorerkrankungen VP				
		Prämie VP3 (in €)				
VP	Name (falls abweichend) / Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht			
			m	w	d	
Berufstätigkeit		Vorerkrankungen VP				
		Prämie VP4 (in €)				

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“).

Bemerkungen / Sonstiges / Zuschläge

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

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.

Datum Unterschrift / Stempel

Bedingungen nicht zusenden