Jürgen Gnährich
Mannheimer Str. 7
69198 Schriesheim

Jürgen Gnährich * Mannheimer Str. 7 * 69198 Schriesheim

KuV24.de
Abt. IT-EKS
Postfach 40 32

89030 Ulm

Schriesheim, 03.02.2008

Antrag IT-EKS Nr.: 0505235

Sehr geehrtes KuV24.de-Team,

anbei erhalten Sie meinen unterschriebenen IT-EKS-Antrag im Original.
Bitte bestätigen Sie mir kurz per E-Mail den Antragseingang.

Mit freundlichen Grüßen

Jürgen Gnährich

Anlage

KuV24.de - Memberservice
Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH
Telefon: +49 (0)731-2 77 03-63 • Telefax: +49 (0)731-2 77 03-963
E-Mail: info@KuV24.de

Antragsnummer: 0505235
Antragsdatum: 03.02.2008
Maklernummer: 4/623713

ANTRAG AUF BETRIEBSUNTERBRECHUNGSVERSICHERUNG FüR KUV24 IT-EXPERTEN (DECKUNGSKONZEPT)

nach den Vertragsgrundlagen für die IT-Einkommenssicherung - Fassung 2008
für freiberuflich und selbständig Tätige (ABFTD 2008)

Versicherer: Generali Versicherung AG, Landskrongasse 1-3, A-1011 Wien, Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien, Firmenbuch HG Wien: FN 38.641a, Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn

Antragsteller:		**Bankverbindung:**	
Anrede	Herr	**Kontonummer**	77166033
Titel		**Bankleitzahl**	67050505
Geschlecht	männlich	**Kreditinstitut**	Sparkasse Rhein-Neckar-Nord
Name	Gnährich	**Kontoinhaber (falls abweichend)**	
Vorname	Jürgen	**IBAN**	
Versicherte Person:	= Antragssteller	**BIC**	
		Abbuchung	halbjährlich
Geburtsdatum	31.10.1954		
Familienstand	verheiratet		
Anzahl Kinder	0		

Adresse:		**Vertragsdaten:**	
Straße, Hausnummer	Mannheimer Str. 7	**Berufsbezeichnung**	GULP IT-Experte Berufsgruppe: 1
PLZ	69198	**Anzahl der Mitarbeiter**	0
Postfach			
abweichende PLZ		**Vertragsbeginn**	01.03.2008, 0:00 Uhr
Ort	Schriesheim		
Land	Deutschland	**Vertragsende**	01.07.2018, 0:00 Uhr

Kommunikation:		**Bestehende Krankenvers.:**	
Telefon	06203 644 64	**Krankenvollversicherung**	gesetzlich
Telefax	06203 644 64	**Kasse/Versicherung**	TK
E-Mail	juergen.gnaehrich@web.de		

Zusätzliche Versicherungen:

Tagegeldversicherung

keine zusätzliche private Tagegeldversicherung

Beantragte IT-EKS-Versicherungsleistung:		**Jahresbeitrag inkl. VSt.**	1.232,88 €
		Zahlungsweise	halbjährlich
Karenzzeit	28 Tage	**halbjährlicher Beitrag**	616,44 €
Versicherungssummen pro Tag	250 €	**anteiliger Beitrag für dieses Halbjahr**	410,96 €
Versicherungssummen pro Jahr	90.000 €		

Besondere Vereinbarungen (zusätzlich zu ABFTD 2008):
- Nachhaftung (besondere Bedingungen Ziffer 31)
- Vorausbonus (besondere Bedingungen Ziffer 51)
- Kündigungsverzicht (besondere Bedingungen Ziffer 52)

Gesundheitsangaben:	
Ihre Körpergröße in cm	172
Ihr Gewicht in kg	68
1. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, chronische Leiden (auch Allergien und Schwächen im Immunsystem, HIV positiv, Anomalien, Behinderungen, Unfallfolgen)?	Nein
2. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Kur- oder Rehabilitationsbehandlungen stattgefunden?	Nein
3. Haben in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen stattgefunden? (Regelmäßige Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen OHNE Befund sind von Ihnen NICHT anzugeben)	Nein
4. Werden regelmäßig Behandler (Ärzte etc.) aufgesucht, werden regelmäßig Medikamente genommen? (Regelmäßige Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen OHNE Befund sind von Ihnen NICHT anzugeben)	Nein
5. Sind ärztliche Behandlungen bzw. Operationen notwendig oder angeraten?	Nein

zu 1	
zu 2	
zu 3	
zu 4	
zu 5	

Antragsnummer: 0505235
Antragsdatum: 03.02.2008
Maklernummer: 4/623713

Erklärung des Antragsstellers:

Der Antragsteller erklärt sich ausdrücklich, dass die Versicherungssumme den tatsächlichen Unterbrechungsschaden nicht übersteigt. Der Antragsteller verpflichtet sich, eine Änderung dieser Sachlage unverzüglich bekannt zu geben. Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherungsvertrag ohne Rücksicht auf die vereinbarte Laufzeit erlischt:
a.) mit Beendigung der angeführten Tätigkeit oder
b.) mit Eintritt der dauernden Arbeitsunfähigkeit oder
c.) mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat.

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.

X Ort und Datum	**X** Unterschrift des Antragstellers = Versicherungnehmer = versicherte Person	Vermerk KuV24

Erläuterungen und Erklärungen

Anwendbares Recht
Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

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 erf orderlich 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 Police dokumentiert sind.