Antrag zur

Unfall-Versicherung Protect

Das Angebot wurde erstellt für:

Bei Fragen zum Konzept wenden Sie sich gerne vertrauensvoll an mich.

Freier und ungebundener Partner der WIFO GmbH:

WIFO

Interlloyd VERSICHERUNGS-AG

ANTRAG ZUM WIFO-UNFALL-KONZEPT FÜR PRIVATKUNDEN

WIFO

01

Drucken

Löschen

Speichern

ALLGEMEINE INFORMATIONEN — TARIFSTAND 03/2018

WIFO-Partner :		WIFO 776287-004
Anrede :	☐ Herr	☐ Frau
Versicherungsnehmer :		
PLZ, Ort, Straße, Nr. :		
Tarif gilt für :	Privatkunden nach den versicherbaren Berufen der Berufsgruppenliste	

02

BEDINGUNGEN + LEISTUNGSINHALTE (24-STUNDENDECKUNG, WELTWEIT)

Bedingungen : Unfall – Versicherungsbedingungen (AUB Protect)

Erweiterter Unfallbegriff :

- Ertrinken, Ersticken
- Plötzliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen und Stäuben (Einatmung schädlicher Stoffe)
- Tauchtypische Beeinträchtigungen (u.a. Caissonkrankheit) mit Druckkammerkosten
- Rettung von Menschen, Tieren und Sachen
- Zerrung und Zerreißen durch erhöhte Kraftanstrengung

Einschlüsse :

- Geistes- und Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit (beim Lenken vom Kfz bis zu 1,3 ‰ Blutalkoholgehalt) Einnahme von verordneten Medikamenten
- Passives Kriegsrisiko bis 14 Tage
- Gelegentliche Fahrten auf einer öffentlichen Gokartbahn
- Röntgen-, Laser-, und künstliche UV-Strahlung
- Tollwut und Wundstarrkrampf und deren Impfschäden
- Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) durch Insektenbisse, -stiche und deren Impfschäden
- Vergiftungen durch Einnahme fester und flüssiger Stoffe (bis vollendetes 14. Lebensjahr)
- Nahrungsmittelvergiftungen

Invaliditätsleistung :

- Eintrittsmeldung innerhalb von 18 und ärztliche Feststellung/Geltendmachung innerhalb von 42 Monaten

Todesfallleistung – sofern vereinbart :

- Verdopplung der Todesfallleistung, maximal 40.000 €
  Bei Vollwaisen (bis vollendetem 14. Lebensjahr)

Unfallfolgekosten :

- Kosmetische Operation bis 6.000 €
- Vollstationäre Kurkostenbeihilfe bis 2.500 €
- Bergungs- und Rückholkosten bis 6.000 €

Versorgungs- und Betreuungskosten :

- Rooming-in-Leistung bis 25 € / je Tag, max. 500 € (bis vollendetes 14. Lebensjahr)
- Medizinische Hilfsmittel (u. a. Prothesen, Krankenfahr-Stühle, Spezialbetten) bis 1.500 €

Vorsorgeleistungen :

- 30.000 € Invalidität für Neugeborene

Dynamik :

- Sofern gewünscht dynamische Anpassung

Kapitalleistung : (ohne Verrentung)

- Mehrleistung ab 90 % Invalidität (Verdopplung) - oder
- 350 % Progression

Gliedertaxe :

Arm am Schultergelenk	75 %
Arm oberhalb Ellenbogen	70 %
Arm unterhalb Ellenbogen	65 %
Hand	60 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
Anderer Finger	10 %
Sämtliche Finger einer Hand, höchstens	60 %
Bein oberhalb Mitte Oberschenkel	75 %
Bein bis Mitte Oberschenkel	65 %
Bein unterhalb Knie	55 %
Bein bis Mitte Unterschenkel	50 %
Fuß	45 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	5 %
ein Auge	55 %
Gehör auf einem Ohr	35 %
Geruchssinn	12,5 %
Geschmackssinn	7,5 %

Unfallkrankenhaustagegeld – sofern vereinbart :

- Unfallkrankenhaustagegeld innerhalb von 2 Jahren
- Unfallkrankenhaustagegeld in gemischten Instituten
- Unfallkrankenhaustagegeld bei Entfernung von Materialien
- 2 Tagessätze Unfallkrankenhaustagegeld bei ambulanter OP
- Ungestaffeltes Genesungsgeld bis 100 Tage
- 2 Tagessätze Genesungsgeld bei ambulanter OP

Mitwirkungsanteil Krankheiten / Gebrechen :

- Vollständiger Verzicht auf die Anrechnung (bis vollendetes 18. Lebensjahr)
- Verzicht auf die Anrechnung bis 40 %
- Verzicht auf die Anrechnung bis 25 % ab dem 60. Lebensjahr

Sonstiges :

- Versehensklausel bei Berufsänderung
- Beitragsfreistellung bei Tod des VN/Pflegestufe II u. III des VN für versicherte Kinder (bis vollendetes 25. Lebensjahr)
- Bedingungs-Update-Garantie

Bei dieser Leistungsübersicht handelt es sich nur um Stichworte.
Detaillierte Deckungsumfänge sind den jeweiligen Bedingungen zu entnehmen.

LINK ZU DEN BEDINGUNGEN

Interlloyd VERSICHERUNGS-AG

ANTRAG ZUM WIFO-UNFALL-KONZEPT FÜR PRIVATKUNDEN

WIFO

03

ZU VERSICHERNDE PERSON / PERSONEN UND DEREN VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Versicherungsbeginn :		(Es wird das technische Alter zum Vertragsbeginn ermittelt)			
1. zu versichernde Person		**Einschluss der Dynamik**	☒ JA	☐ Nein	
Beruf :	--- Bitte Beruf auswählen ---				
Geburtsdatum / Alter :			Geschlecht :	☐ M	☐ W
Name, Vorname :					
Invaliditätsgrundsumme :	€	☐ 350 % Progression	☒ 90 % Mehrleistung		
Vollinvalidität :	€				€
☐ Unfalltod :	€	Bezugsrecht im Todesfall :			€
☐ Unfallkrankenhaus-Tagegeld :	€				€
Prämie netto :	€	Prämie brutto für diese Person :			€
2. zu versichernde Person	☐	**Einschluss der Dynamik**	☒ JA	☐ Nein	
Beruf :	--- Bitte Beruf auswählen ---				
Geburtsdatum / Alter :			Geschlecht :	☐ M	☐ W
Name, Vorname :					
Invaliditätsgrundsumme :	€	☐ 350 % Progression	☒ 90 % Mehrleistung		
Vollinvalidität :	€				€
☐ Unfalltod :	€	Bezugsrecht im Todesfall :			€
☐ Unfallkrankenhaus-Tagegeld :	€				€
Prämie netto :	€	Prämie brutto für diese Person :			€
3. zu versichernde Person	☐	**Einschluss der Dynamik**	☒ JA	☐ Nein	
Beruf :					
Geburtsdatum / Alter :			Geschlecht :	☐ M	☐ W
Name, Vorname :					
Invaliditätsgrundsumme :	€	☐ 350 % Progression	☐ 90 % Mehrleistung		
Vollinvalidität :	€				€
☐ Unfalltod :	€	Bezugsrecht im Todesfall :			€
☐ Unfallkrankenhaus-Tagegeld :	€				€
Prämie netto :	€	Prämie brutto für diese Person :			€
4. zu versichernde Person	☐	**Einschluss der Dynamik**	☒ JA	☐ Nein	
Beruf :					
Geburtsdatum / Alter :			Geschlecht :	☐ M	☐ W
Name, Vorname :					
Invaliditätsgrundsumme :	€	☐ 350 % Progression	☐ 90 % Mehrleistung		
Vollinvalidität :	€				€
☐ Unfalltod :	€	Bezugsrecht im Todesfall :			€
☐ Unfallkrankenhaus-Tagegeld :	€				€
Prämie netto :	€	Prämie brutto für diese Person :			€
5. zu versichernde Person	☐	**Einschluss der Dynamik**	☒ JA	☐ Nein	
Beruf :					
Geburtsdatum / Alter :			Geschlecht :	☐ M	☐ W
Name, Vorname :					
Invaliditätsgrundsumme :	€	☐ 350 % Progression	☐ 90 % Mehrleistung		
Vollinvalidität :	€				€
☐ Unfalltod :	€	Bezugsrecht im Todesfall :			€
☐ Unfallkrankenhaus-Tagegeld :	€				€
Prämie netto :	€	Prämie brutto für diese Person :			€
Gesamtnettoprämie:	€	Gesamtbruttoprämie			€
Prämie gemäss Zahlweise :	☒ 1/1	☐ 1/2 + 3%	☐ 1/4 + 5%	☐ 1/12 + 5%	€

WIFO Wirtschafts- & Fondsanlagenberatung und Versicherungsmakler GmbH | Gewerbering 15 | 76287 Rheinstetten
www.wifo.com | info@wifo.com | Fon: 0 72 42 - 930 - 325 | Fax: -100 | Handelsregister: HRB 10 53 86, Amtsgericht Mannheim | Ust-ID-Nr.: DE 14 36 06 343 | Sitz d. Gesellschaft: Rheinstetten | Geschäftsführer: Sven Burkart

04 BEGINN / ABLAUF / VORVERSICHERUNG :

Zahlungsart :	☐ Rechnung	☐ Lastschrift – SEPA-Mandat erforderlich
	Viertel- und monatliche Zahlweise ist nur im Lastschriftverfahren möglich	
Beginn :		00.00 Uhr
Ablauf :		00.00 Uhr
Laufzeit :	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.	
Vorversicherung :	☒ Nein	☐ Ja
Name des Vorversicherers :		
Versicherungs-Nummer :		
Gekündigt durch :	☐ Versicherungsnehmer	☐
Vorschäden - 5 Jahre (auch ohne Vorversicherung)	Anzahl / Jahr / Höhe / Ursache / Person	
Wurde ein gestellter Antrag bei einem Versicherer abgelehnt ?	☐ Nein	☐ Ja
Weitere bestehende Unfallverträge ?	☐ Nein	☐ Ja, wenn ja, bei welchem Unternehmen ?

05 GESUNDHEITSFRAGE (GILT FÜR ALLE ZU VERSICHENRDEN PERSONEN)

Bestehen oder bestanden wesentliche Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen?

☐ Nein ☐ Ja

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 bekannt.

1. versicherte Person (Beschreibung ggf. Arztbericht)

2. versicherte Person (Beschreibung ggf. Arztbericht)

3. versicherte Person (Beschreibung ggf. Arztbericht)

4. versicherte Person (Beschreibung ggf. Arztbericht)

5. versicherte Person (Beschreibung ggf. Arztbericht)

WIFO Wirtschafts- & Fondsanlagenberatung und Versicherungsmakler GmbH | Gewerbering 15 | 76287 Rheinstetten
www.wifo.com | info@wifo.com | Fon: 0 72 42 - 930 - 325 | Fax: -100 | Handelsregister: HRB 10 53 86, Amtsgericht Mannheim | Ust-ID-Nr.: DE 14 36 06 343 | Sitz d. Gesellschaft: Rheinstetten | Geschäftsführer: Sven Burkart

06 SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Für diesen Vertrag wird das SEPA-Basis-Lastschriftverfahren vereinbart. Zu diesem Zweck erteile ich/erteilen wir dem Versicherer folgendes SEPA-Lastschriftmandat. Ich ermächtige/Wir ermächtigen Sie, Zahlungen von meinem/unseren unten angegebenen Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Hiermit weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Geldinstitut zugleich an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.
Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:	D	E	

Bitte nur angeben, sofern der Beitragszahler/Kontoinhaber NICHT Versicherungsnehmer ist.

Name, Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
Postleitzahl, Ort:		
Unterschrift Beitragszahler:	X	**Ort, Datum:**

07 UNTERSCHRIFT / EMPFANGSBESTÄTIGUNG

Sofortige Beitragsfälligkeit:
Hiermit willige ich ein, dass der erste oder einmalige Beitrag sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages/der Versicherungsverträge, jedoch nicht vor dem gewünschten Versicherungsbeginn fällig 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.
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.
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")
Mit Unterschrift des Antragsstellers 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.

Empfangsbestätigung :
Ich bestätige, dass ich rechtzeitig vor der Unterzeichnung dieses Antrages die der beantragten Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Versicherungsbedingungen und Klauseln, die Kunden- und Produktinformationen, sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung erhalten habe. Der o.g. Vorschlag ist wesentlicher Bestandteil dieser Deckungsnote.

Vermittlererklärung : **LINK ZUM FORMULAR**
Mit der Abgabe der Deckungsnote bestätige ich, dass mir die erforderliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung des Versicherungsnehmers/der versicherten Person vorliegt.

Unterschrift Antragsteller	X	**Ort, Datum:**
Unterschrift Vermittler	X	**Ort, Datum:**

08 SONSTIGES :