



Antrag per Fax an (04321) 48 909 – 29

Schleswiger Versicherungsservice AG | Goebenstr. 10 | D-24534 Neumünster
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE78ZZ00000801434

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass Sie bei Antragstellung oder Anforderung eines verbindlichen Angebots alle Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht - §§ 19 ff VVG). Die Verletzung dieser vorvertraglichen Anzeigepflicht kann den Versicherer berechtigen (je nach Verschulden), vom Vertrag zurücktreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Deckungsauftrag Unfallversicherung

Antragsteller	Anrede	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Geburtsdatum		
	Name, Vorname					
	Straße			PLZ, Ort		
	<input type="checkbox"/> Ich erteile der Schleswiger Versicherungsservice AG das SEPA-Lastschriftmandat zum Einzug der fälligen Beiträge vom angegebenen Konto. ¹			<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass mich der Kontoinhaber bevollmächtigt hat, das SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. ¹		
	Geldinstitut			Unterschrift Vorname und Name _____		
	IBAN			BIC		
	Zahlungsweise	<input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> ½ jährlich (+3%)* <input type="checkbox"/> ¼ jährlich (+5%)* <input type="checkbox"/> monatlich (+5%)* <small>*nur bei Einzugsermächtigung Zuschlagsätze für die Zahlungsweise</small>				

Unfall	Vertragsbeginn:			Vertragsende:		
	am _____ 00:00 Uhr			01. _____ 12:00 Uhr		
	Vorversicherung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Wenn ja, bis wann und wo:		
	Versicherungs-Nr.			Vorschäden/ Anzahl/Höhe		
	Nachname, Vorname der zu vers. Person	Geb. Datum	Geschlecht	Beruf / Tätigkeit		Gefahren- Berufsgruppe
	1.)		<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K
	2.)		<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K
	3.)		<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K
	4.)		<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K
	5.)		<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> K
Gesundheitserklärung (Angaben der letzten 5 Jahre)						
Bestehen oder bestanden Krankheiten, Körperverletzungen, Gebrechen oder Pflegebedürftigkeit?						
Person 1 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 2 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 3 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 4 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 5 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bestehen besondere Gefahren durch die Ausübung von Beruf, Sport oder Hobby?						
Person 1 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 2 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 3 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 4 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 5 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Besteht bei Ihnen eine Kurzsichtigkeit mit mehr als 7 Dioptrien?						
Person 1 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 2 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 3 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 4 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Person 5 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Zu Frage Nr.:	Versicherte Person	Ausführliche Angaben, Art, Diagnose, Verlauf, Folgen, welche Medikamente? Art und Höhe der MdE, Pflegestufe oder GdB (ggf. Merkzeichen)?			Wann? Wie oft? Wie lange? Seit wann?	

Grundinvalidität	Progress. in %	Unfalltod	Unfallrente	Kosmetische Operationen	Übergangsleistung	Sofortleistung b. Schwerverletzung	KHT GG	Nettobeitrag	
1.)	€	€	€	€	€	€	€	€	
2.)	€	€	€	€	€	€	€	€	
3.)	€	€	€	€	€	€	€	€	
4.)	€	€	€	€	€	€	€	€	
5.)	€	€	€	€	€	€	€	€	
Einschlüsse:	<input type="checkbox"/> Standard-Schutz <input type="checkbox"/> Plus-Schutz					Gesamtnettobeitrag		€	
							Bruttobeitrag**	€	
**Nettobeitrag + 19% Versicherungssteuer									
Bezugsberechtigter bei Unfalltod: Wer soll die vertraglichen Leistungen im Todesfall der versicherten Person/en erhalten									
	Name, Vorname des/der Bezugsberechtigten (falls nichts eingetragen ist, gilt die gesetzliche Erbfolge)							Geburtsdatum	
Zur 1. Person									
Zur 2. Person									
Zur 3. Person									
Zur 4. Person									
Zur 5. Person									
Sonstige Bemerkungen:									

Unterschriften	Bestätigung – Unterschrift				
	Ich bestätige ausdrücklich, dass ich				
	<ol style="list-style-type: none"> die oben genannte Unfallversicherung beantrage die Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe vor der Unterzeichnung auf die wichtigen Hinweise und Erläuterungen auf Seite 3 des Antrages hingewiesen wurde und sie zur Kenntnis genommen habe. Sie enthalten unter anderem die Belehrung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht sowie die Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und sind wichtiger Bestandteil des Versicherungsvertrages die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung auf der Seite 3 und 4 des Antrages zur Erhebung, Speicherung und Nutzung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten auch bei Nichtzustandekommen des Vertrages sowie zur Weitergabe allgemeiner Vertragsdaten und der Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter, an andere Stellen, Rückversicherer sowie das Hinweis und Informationssystem (HIS) zur Kenntnis genommen habe und diesen ausdrücklich zustimme damit einverstanden bin, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist beginnt rechtzeitig vor der Unterzeichnung dieses Antrages das Produktinformationsblatt, die der beantragten zugrunde liegenden Allgemeinen Kundeninformationen, Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Versicherungsbedingungen und Klauseln sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung empfangen habe. ¹ Ich ermächtige die Schleswiger Versicherungsservice AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Schleswiger Versicherungsservice AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. 				
	Für die Punkte 1. Bis 7.				
	_____	_____			
	Datum	Antragssteller/in bzw. Versicherte Person 1			
	Für die Punkte 2. und 4.				
	_____	_____	_____	_____	_____
	Datum	Versicherte Person 2 bzw. gesetzlicher Vertreter	Versicherte Person 3 bzw. gesetzlicher Vertreter	Versicherte Person 4 bzw. gesetzlicher Vertreter	Versicherte Person 5 bzw. gesetzlicher Vertreter
	Ohne die Zustimmung aller versicherten Personen ist ein Zustandekommen des Vertrages nicht möglich!				
Bei fehlender/n Unterschrift/en bestätigen Sie bitte, dass Ihnen als Vermittler jeweils ein vom Versicherungsnehmer bzw. von den versicherten Personen unterschriebener und wirksamer Maklerauftrag, der Sie zur Abgabe des Bestätigungen unter den Ziffern 1. bis 6. bevollmächtigt, oder ein unterschriebener Antrag vorliegt.					
<input type="checkbox"/> Ja, liegt mir vor <input type="checkbox"/> Nein, liegt mir nicht vor					
_____	_____	_____			
Datum	Vermittlernummer	Unterschrift Vermittler/in			