



## 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. <sup>1</sup>			<input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass mich der Kontoinhaber bevollmächtigt hat, das SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen. <sup>1</sup>	
	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	<b>Vertragsbeginn:</b>			am _____ 00:00 Uhr		<b>Vertragsende:</b>			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	
	<b>Gesundheitserklärung (Angaben der letzten 5 Jahre)</b>									
<b>Bestehen oder bestanden Krankheiten, Körperverletzungen, Gebrechen oder Pflegebedürftigkeit?</b>										
Person 1		Person 2		Person 3		Person 4		Person 5		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Bestehen besondere Gefahren durch die Ausübung von Beruf, Sport oder Hobby?</b>										
Person 1		Person 2		Person 3		Person 4		Person 5		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>Besteht bei Ihnen eine Kurzsichtigkeit mit mehr als 7 Dioptrien?</b>										
Person 1		Person 2		Person 3		Person 4		Person 5		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<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?		

