



BWV

Bildungsverband

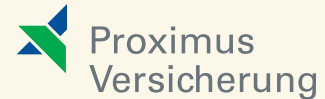


Anträge der Proximus Versicherung AG

Auszug aus Proximus 4,
Versicherungsbedingungen und Tarife,
Stand 01.07.2018

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Hausrat- und Glasversicherung - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Antragseingang

Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.Antragsteller/
Versicherungs-
nehmerAnrede Herr Frau

Besondere Anredetitel

Name

Geburtsname

Vorname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)

Branche

 angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Allgemeine Angaben

1. Sind Sie Mieter oder Eigentümer
 einer Wohnung eines Einfamilien-/Reihenhauses oder eines Mehrfamilienhauses?
2. Ist die Wohnung länger als 60 Tage ununterbrochen unbewohnt oder unbeaufsichtigt? nein ja
3. Handelt es sich um eine ständig bewohnte Wohnung/Einfamilienhaus innerhalb oder außerhalb eines geschlossenen Wohngebietes?
 eine Zweit-/Ferienwohnung in einem ständig bewohnten Gebäude
 eine Zweit-/Ferienwohnung in einem nicht ständig bewohnten Gebäude

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

4. Wie wird die Wohnung genutzt? Eigennutzung Vermietung als Ferienwohnung, -haus
5. Handelt es sich um eine Wohngemeinschaft? ja nein Namen der Mitbewohner
6. Garagen außerhalb des Versicherungsgrundstückes sind vorhanden.

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Zahlungsweise

Nachlass: jährlich 5% halbjährlich 3% vierteljährlich 2% monatlich 0%

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn
- 0:00 Uhr -Versicherungsablauf
- 24:00 Uhr -

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

Vorversicherungen / Vorschäden

Besteht oder bestand für Sie oder andere Mitglieder Ihres Haushaltes schon eine Hausrat- oder Glasversicherung? nein ja _____

Wurde die Hausrat- o. Glasversicherung gekündigt? nein ja, durch Antragsteller ja, durch Versicherer

Versicherer _____ Vers.-Nummer _____ Ablauf _____

Sind in den letzten 5 Jahren Schäden eingetreten, auch wenn hierfür keine Leistung erfolgte? ja nein Anzahl der Schäden _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Hausratversicherung

Unterversicherungsverzicht Wir verzichten, die Entschädigung wegen Unterversicherung zu kürzen, wenn die Versicherungssumme wie folgt ermittelt wird (vgl. Klausel 7712)

m² Wohnfläche (bitte immer angeben) _____ x Mindest-Versicherungssumme = Versicherungssumme gerundet auf volle 100 € _____ €

Von mir frei errechnete Versicherungssumme _____ €

Tarifzone HI HII HIII HIV HV HVI

Grundprämienatz
‰

Zutreffendes ist anzukreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

Erweiterungen des Versicherungsschutzes gegen Prämienzuschlag:

Prämienätze
‰

Wertsachen: Die Entschädigung ist begrenzt auf 20 % der Versicherungssumme. Erhöhung auf _____ (max. 50 %) _____

Klausel 7110 Mitversicherung von Fahrrädern gegen einfachen Diebstahl mit 1% 2% 3% 4% oder _____ % der Versicherungssumme _____

Gefahrerhöhung durch vorübergehendes Unbewohntsein über die Dauer von 60 Tagen hinaus _____

Gefahrerhöhung durch feuergefährliche Betriebe innerhalb des Gebäudes _____

Klausel 7112 Datenrettungskosten _____

Einschluss weiterer Naturgefahren (gilt nur für ständig bewohnte Wohnungen) nein ja, Schadenatum, Schadenhergang, Schadenhöhe: _____

Gesamtprämienatz

Nettojahresprämie in €
(Mindestjahresprämie 40 €)

Versicherungssumme _____ € x Gesamtprämienatz _____ ‰ _____ €

Klausel 7710 Selbstbehalt: Wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von 500 € je Versicherungsfall vereinbart, reduziert sich die Tarifprämie um 20%. - _____ €

= _____ €

Dauernachlass (3 Jahre 10 %) - _____ €

= _____ €

Abschlag gemäß Zahlungsweise - _____ €

= _____ €

Nettoprämie gemäß Zahlungsweise = _____ €

Versicherungsteuer + _____ €

Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise = _____ €

Glasversicherung		Nettojahresprämie in € (Mindestjahresprämie 20 €)
<input type="radio"/> Wohnung im Mehrfamilienhaus	_____ Wohnfläche in m²	_____ €
<input type="radio"/> Einfamilienhaus (Einzel- oder Reihenhaus, Doppelhaushälfte)	_____ Wohnfläche in m²	_____ €
Erweiterungen des Versicherungsschutzes gegen Prämienzuschlag:		
<input type="radio"/> Aquarien/Terrarien	<input type="radio"/> bis 500 Liter _____ Stück	
	<input type="radio"/> über 500 Liter _____ Stück	+ _____ €
Zusätzlich sind bis jeweils 500 € je Schadenfall prämienfrei mitversichert:		
1. Künstlerisch bearbeitete Glasscheiben, -spiegel, -platten	Erhöhung auf _____ € je Schadenfall	+ _____ €
2. Sonderkosten für Gerüste und Kräne	Erhöhung auf _____ € je Schadenfall	+ _____ €
3. Beseitigung von Hindernissen wie z. B. Schutzgitter	Erhöhung auf _____ € je Schadenfall	+ _____ €
<input type="radio"/> Sonstige versicherte Sachen/Kosten (Prämie auf Anfrage)	_____	+ _____ €
Nettojahresprämie in €		= _____ €
<input type="radio"/> Dauernachlass (3 Jahre 10 %)		- _____ €
		= _____ €
<input type="radio"/> Abschlag gemäß Zahlungsweise		- _____ €
		= _____ €
Nettoprämie gemäß Zahlungsweise		= _____ €
Versicherungsteuer		+ _____ €
Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise		= _____ €

SEPA-Lastschriftmandat - das Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xx

Name, Vorname: Antragsteller	Name, Vorname: Kontoinhaber <i>(falls vom Antragsteller abweichend)</i>
Anschrift: Kontoinhaber	
BIC (8 oder 11 Stellen)	IBAN (22 Stellen)
Name des Kreditinstitutes	
Datum/Unterschrift: Antragsteller	Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Widerrufsrecht	Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.
Datenverarbeitung	Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.
Empfangsbestätigung	Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.
Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz	<p>Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.</p> <p>Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</p> <p>Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.</p>

Datum/Unterschrift Antragsteller
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Antrag auf Wohngebäude- und Glasversicherung - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr.
 Antragseingang
 Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau

Besondere Anredetitel

Name

Geburtsname

Vorname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)

Branche

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuausschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Allgemeine Angaben

1. Vers.-Grundstück wie Anschrift

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

2. Gebäude/Nutzungsart

ständig bewohntes

Ein-/Zweifamilienhaus

Ferien-/Wochenendhaus

Garagen auf dem Versicherungsgrundstück

Mehrfamilienhaus

nicht ständig bewohntes Haus

sonstige Nebengebäude auf dem Versicherungsgrundstück

3. Bauart/Baujahr

Normalklasse

Fertighaus

Holz mit harter Dachung

Baujahr

Stein mit weicher Dachung

Holz mit weicher Dachung

4. Gebäudeausstattung

Lw-Netz/Heizung:

neu

gut erhalten

erneuert

reparaturbedürftig

Schwimmbecken

Fußboden-, Wand-, Deckenheizung

Klimaanlage, Wärmepumpe, Solarheizung

Dach:

neu

gut erhalten

erneuert

reparaturbedürftig

5. Nutzung

durch Eigentümer

durch Mieter

gewerbliche Teilnutzung von %

Zahlungsweise

Nachlass:

jährlich
5 %

halbjährlich
3 %

vierteljährlich
2 %

monatlich
0 %

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn
- 0:00 Uhr -

Versicherungsablauf
- 24:00 Uhr -

|

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

Vorversicherungen / Vorschäden

Bestehen oder bestanden bereits eine Wohngebäude- oder Glasversicherung?
Wurde die Wohngebäude- oder Glasversicherung gekündigt?
Versicherer
Vers.-Nummer
Ablauf
Sind in den letzten 5 Jahren Schäden eingetreten, auch wenn hierfür keine Leistung erfolgte?
Schadenjahr
Schadenhöhe
Schadenursache

Bitte nur beantworten, wenn weitere Naturgefahren (Elementargefahren) versichert werden sollen:
Sind auf dem Versicherungsgrundstück an zu versichernden Sachen innerhalb der letzten 10 Jahre bereits weitere Naturgefahren (Elementargefahren) angefallen, auch wenn keine Versicherung hierfür bestand?
nein
ja, Schadendatum, Schadenhergang, Schadenhöhe in €

Wohngebäudeversicherung

Das Gebäude soll gegen folgende Gefahren versichert werden:

Feuer
Leitungswasser
Sturm/Hagel
weitere Naturgefahren (Elementargefahren)
Feuerrohbauversicherung, wenn das Gebäude noch nicht fertiggestellt ist; voraussichtlicher Fertigstellungstermin:
Das Gebäude ist für die Zeit des Rohbaus, längstens 12 Monate, prämienfrei gegen Feuer versichert.

Zutreffendes ist anzukreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung.

Grundprämiensätze in %:

F
LW
St/H
weitere Naturgefahren
Gesamt: %

Erweiterung des Versicherungsschutzes gegen Prämienzuschlag:

Prämiensätze

Klausel 7167 Kosten für die Beseitigung von Rohrverstopfungen bis 1 % oder % der Versicherungssumme*
Klausel 7168 Datenrettungskosten in der Privatversicherung
Klausel 7260 Weitere Zuleitungsrohre auf dem Grundstück bis 1 % oder % der Versicherungssumme*
Klausel 7261 Weitere Zuleitungsrohre außerhalb des Grundstücks bis 1 % oder % der Versicherungssumme*
Klausel 7264 Weiteres Zubehör und sonstige Grundstücksbestandteile bis 1 % oder % der Versicherungssumme*
Klausel 7361 Gebäudebeschädigungen durch unbefugte Dritte an Zwei- und Mehrfamilienhäusern bis 5 % der Versicherungssumme*
Klausel 7362 Kosten für die Dekontamination von Erdreich bis 2 % oder % der Versicherungssumme*, max. 20.000 €
Klausel 7363 Aufräumungskosten für Bäume bis 2.000 €
Klausel 7366 Graffiti-schäden max. 10.000 €; Selbstbeteiligung 500 € je Versicherungsfall
weitere Klauseln (Prämien auf Anfrage):
Gesamtprämiensatz

*Bei Gleitender Neuwertversicherung: multipliziert mit dem im Zeitpunkt des Versicherungsfalles geltenden Anpassungsfaktor.

Versicherungssumme 1914 Mark x Gesamtprämiensatz %
= Jahresprämie 1914 Mark x Anpassungsfaktor = Nettajahresprämie in € (Mindestjahresprämie 40 €)

<input type="radio"/> Nett jahresprämie in €	=	_____ €
<input type="radio"/> Neubaurabatt	-	_____ €
	=	_____ €
<input type="radio"/> Mehrfamilienhausrabatt	-	_____ €
	=	_____ €
<input type="radio"/> Rabatt wegen Selbstbeteiligung (Klausel 7761)	-	_____ €
	=	_____ €
<input type="radio"/> Dauernachlass (3 Jahre 10 %)	-	_____ €
	=	_____ €
<input type="radio"/> Abschlag gemäß Zahlungsweise	-	_____ €
	=	_____ €
Nettoprämie gemäß Zahlungsweise	=	_____ €
Versicherungsteuer	+	_____ €
Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise	=	_____ €

Glasversicherung Versichert sind Gebäude- und Mobiliarverglasungen bei Bruchschäden für

Nettojahresprämie in €
(Mindestjahresprämie 20 €)

ein Einfamilienhaus (Einzel- oder Reihenhaus, Doppelhaushälfte) mit _____ m² Wohnfläche _____ €

Zusätzlich sind bis jeweils 500 € je Schadenfall prämienfrei mitversichert:

1. Künstlerisch bearbeitete Glasscheiben, -spiegel, -platten Erhöhung auf _____ € je Schadenfall + _____ €

2. Sonderkosten für Gerüste und Kräne Erhöhung auf _____ € je Schadenfall + _____ €

3. Beseitigung von Hindernissen wie z. B. Schutzgitter Erhöhung auf _____ € je Schadenfall + _____ €

Sonstige versicherte Sachen/Kosten (Prämie auf Anfrage) _____ + _____ €

Nettojahresprämie in € = _____ €

Dauernachlass (3 Jahre 10 %) - _____ €

= _____ €

Abschlag gemäß Zahlungsweise - _____ €

= _____ €

Nettoprämie gemäß Zahlungsweise = _____ €

Versicherungsteuer + _____ €

Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise = _____ €

SEPA-Lastschriftmandat - das Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.
Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xx

Name, Vorname: Antragsteller	Name, Vorname: Kontoinhaber <i>(falls vom Antragsteller abweichend)</i>
Anschrift: Kontoinhaber	
BIC (8 oder 11 Stellen)	IBAN (22 Stellen)
Name des Kreditinstitutes	
Datum/Unterschrift: Antragsteller	Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Widerrufsrecht Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Datenverarbeitung Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Empfangsbestätigung Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Datum/Unterschrift Antragsteller <i>(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)</i>	Datum/Unterschrift Vermittler

Ermittlung der Versicherungssumme 1914 für Wohngebäude

nach Wohnfläche und Ausstattungsmerkmalen (nur für Ein- und Zweifamilienhäuser der Bauartklassen I und II oder Fertighausgruppe 1, die mindestens zu 50 % Wohnzwecken dienen)



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr.
 Antragseingang
 Antragsnummer

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel
 Name Geburtsname
 Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum
 Straße, Haus-Nr. Geburtsort
 Postleitzahl, Wohnort
 Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche
 angestellt selbstständig öffentlicher Dienst
 Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail
 Versicherungsgrundstück (nur angeben, wenn abweichend von der oben stehenden Anschrift)

**Ermittlung des
Gebäudetypes**

Auch für Reihenhäuser, Häuser in Hanglage und mit anderen als den eingezeichneten Dachneigungen. Anzukreuzen ist der am ehesten passende Gebäudetyp, wenn das Gebäude nicht eindeutig zuzuordnen ist.

Wert 1914

EG = Erdgeschoss

OG = Obergeschoss

DG = Dachgeschoss

ohne
Unterkellerung



- Flachdach EG
- Flachdach EG+OG
- DG nicht ausgebaut EG
- DG ausgebaut EG
- DG nicht ausgebaut EG+OG
- DG ausgebaut EG+OG

Wert 1914
pro m² Wohnfläche
in Mark (M)

160

160

160

140

140

130

M

mit Unterkellerung
(auch Teil-
unterkellerung)



- Flachdach EG
- Flachdach EG+OG
- DG nicht ausgebaut EG
- DG ausgebaut EG
- DG nicht ausgebaut EG+OG
- DG ausgebaut EG+OG

Wert 1914
pro m² Wohnfläche
in Mark (M)

190

190

190

165

165

150

M

Ermittlung der Bauausführungen und -ausstattungen

Der für den jeweiligen Gebäudetyp angegebene Wert berücksichtigt folgende übliche Bauausführungen und -ausstattungen: Wert 1914

Außenwände mit gefugtem Mauerwerk, Putz, Verkleidung oder Verblendsteinen; Parkett-, Teppich- oder Fliesenböden; Doppelfenster oder Isolierverglasung; Nassräume und Küche gefliest; Bad / Dusche; Zentralheizung und zentrale Warmwasserversorgung

	Bauausführung			Innenausbau			Installation		
	Dach	Außenwände	Decken / Wände	Fußböden	Fenster	Türen	Sanitär	Heizung	
	Naturschieferdach, Kupferdach	Naturstein-, Keramik-, Kunststeinverkleidung, Handstrich-Klinker	Stuckarbeiten, Edelholzverkleidungen	Natursteinböden, Parkett- oder Teppichböden in hochwertiger Qualität	Leichtmetall- oder Holz-sprossenfenster	Edelholztüren	hochwertige sanitäre Einrichtungen	Wärmepumpe, Solaranlagen, Fußboden- und Deckenheizung	
Zuschläge Wert 1914 pro m ² Wohnfläche in Mark (M)	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6	<input type="text" value=""/> M
				PVC-Böden auf Estrich	einfaches Fensterglas		ohne Bad / Dusche	Ofenheizung	
Abschläge Wert 1914 pro m ² Wohnfläche in Mark (M)				<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3		<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="text" value="-"/> M

Wert 1914 pro m² Wohnfläche	Summe der Werte 1914	<input type="text" value=""/> M
---	----------------------	---------------------------------

Ermittlung der Versicherungssumme 1914	Wohnfläche	<input type="text" value=""/> m ² x Wert 1914 pro m ² Wohnfläche <input type="text" value=""/> M	<input type="text" value=""/> M
	Wohnfläche Keller	<input type="text" value=""/> m ² x Zuschlag für Wohnflächenausbau 15 M	<input type="text" value=""/> M
	Garagen außerhalb des Wohngebäudes	<input type="radio"/> Keine Garage	
Wert 1914 in Mark (M)	1 Garage	2 Garagen	3 Garagen
	<input type="radio"/> 700	<input type="radio"/> 1.400	<input type="radio"/> 2.100

Versicherungssumme 1914 M

Die Versicherungssumme 1914 ist auf volle 100 M aufzurunden M

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Abschluss einer Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Risiko- lebensversicherung - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr.
Antragseingang
Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau

Besondere Anredetitel

Name

Geburtsname

Vorname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)

Branche

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Steuer-Identifikations-Nr.

(*zwingend bei sofort beginnender Rente und in der Basisversorgung*)

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Lebensversicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Lebensversicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

**Zu versichernde
Person**

(*nicht wieder-
holen, wenn mit
Antragsteller
identisch*)

Anrede Herr Frau

Besondere Anredetitel

Name

Geburtsname

Vorname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)

Branche

**Vorsorge- und
Vermögensplan**
(*bitte nur eine
Auswahl treffen*)

Basis-Rente (nachgelagert Kohortenbesteuerung der Renten)

Zulagen-Rente (nachgelagert volle Besteuerung der Rente)

Privatversorgung (Besteuerung der Renten mit dem Ertragsanteil)

Der beantragte Versicherungsschutz ist dem beigefügten Angebot vom zu entnehmen.

Antrag auf
(bitte nur eine
Auswahl treffen)

Fondsgebundene Rentenversicherung

Tarif	Rentenzahlweise
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1/12 <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/1
Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endalter für die Beitragszahlung	<input type="radio"/> Rentengarantiezeit
<input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> Jahre
vorgesehene Rente	Kapitalabfindung
<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Private Rentenversicherung

(einschließlich Basis-Rente und Zulagen-Rente)

Tarif	Rentenzahlweise
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1/12 <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/1
Versicherungsbeginn	vorgesehener Rentenbeginn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endalter für die Beitragszahlung	<input type="radio"/> Rentengarantiezeit
<input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> Jahre
vorgesehene Rente	Kapitalabfindung
<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

**Überschuss-
verwendung**

vor Rentenbeginn

Anlage in den ausgewählten Fonds

- sicherheitsorientiert**
PROXIMUS Bond Invest WKN /
ISIN: MI261105 /
DE0026112005
- renditeorientiert**
PROXIMUS Balance Invest
WKN / ISIN: MI1104 /
DE0011041980
- chancenorientiert**
PROXIMUS Global Invest WKN /
ISIN: WI2311 / DE0023111977

nach Rentenbeginn

Dynamische Gewinnrente

- Erhöhte Startrente

vor Rentenbeginn

Verzinsliche Ansammlung

nach Rentenbeginn

Dynamische Gewinnrente

- Erhöhte Startrente
- Variable Gewinnrente
- Dynamische Gewinnrente

Antrag auf

Risikolebensversicherung

Tarif	Versicherungssumme
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endalter für die Versicherung	<input type="radio"/> Nichtraucher
<input type="text"/> Jahre	<input type="radio"/> Raucher

**Überschuss-
verwendung**

Beitragsverrechnung

Kapitalbildende Lebensversicherung

Tarif	Versicherungssumme
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endalter für die Versicherung	Endalter für die Beitragszahlung
<input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> Jahre

Verzinsliche Ansammlung

**Antrag auf
Zusatz-
versicherung**

Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV)

Versicherungssumme:

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (HRZ)

% der Altersrente

Mitversichernde Person: geboren am:

Dynamik

Dynamikform: AV-Anpassung entsprechend der Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen

- Abweichend lineare dynamische Anpassung mit einer gleichbleibenden Steigerung um % (mind. 2 % / max. 10 %) des Beitrages
- keine dynamische Anpassung gewünscht

Zahlungsweise

Beitragszahlung jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich einmalig

Beitrag gemäß Zahlungsweise €

**Leistungs-
empfänger**
*(bitte nur eine
Verfügung treffen)*

Basis-Rente

1. Erlebensfall
Versicherungsnehmer

2. Todesfall
 Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist
 Kinder, für die der versicherten Person oder deren Ehegatten Kindergeld oder ein Freibetrag nach § 32 EStG zum Zeitpunkt des Todes zustand

eine andere Person

Name und Anschrift

Privat- und Zulagen-Rente

1. Erlebensfall
 Versicherungsnehmer
 der Versicherte

2. Todesfall
 Versicherungsnehmer
 Ehegatte, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist
 eheliche bzw. gesetzlich gleichgestellte Kinder des Versicherten
 Die kindergeldberechtigten Kinder nach § 32 Abs. 3 und 4 EStG
 Eltern des Versicherten; falls der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist, der Ehegatte

eine andere Person

Name und Anschrift

Gilt für die Zulagen-Rente: Die Auswahl eines Todesfallbezugsrechtes, das nicht den in gültiger in Ehe lebenden Ehepartner bzw. nicht die kindergeldberechtigten Kinder nach § 32 Abs. 3 und 4 berücksichtigt, ist zulagenschädlich.

**Antrag auf
Berufsunfähig-
keitsversicherung**
(Privatversorgung)

Tarif	garantierte monatliche BU-Rente	Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
	€		

Anstelle der Berufsunfähigkeit soll die Dienstunfähigkeit versichert werden.

**Leistungs-
empfänger**

Bezugsberechtigt bei Berufsunfähigkeit ist der Versicherte.

**Überschuss-
verwendung**

Bonussystem

**Berufs-
unfähigkeits-
Zusatzvers.**

- Einschluss als Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur mit Beitragsbefreiung
 Einschluss als Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit der vorbeschriebenen garantierten monatlichen BU-Rente und Beitragsbefreiung

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VI)

Wird einer der nachfolgend genannten Tarife beantragt, so ist die Erklärung zur Gesundheit zwingend erforderlicher Bestandteil dieses Antrages.

- Fonds-Rente mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Risikolebensversicherung (ggf. mit Zusatzversicherung)
- Konventionelle Rentenversicherung mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten

1. Wie groß und wie schwer sind Sie? cm kg
2. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung, Behandlung und Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psycho- oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen
- a) des Herzens, des Kreislaufs, der Blutgefäße, der Atemorgane (z. B. Asthma, Allergien), des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz, der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Geschlechtsorgane? nein ja
- b) des Stoffwechsels (z. B. Diabetes/Zucker, Cholesterin, Gicht), der Schilddrüse, des Blutes, Tumor-, Bindegewebe- oder entzündliche Gelenkerkrankungen, Infektions-, Geschlechts-, Tropenkrankheiten? nein ja
- c) der Psyche, des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Depressionen, Psychotherapien, Essstörungen, Suizidversuch)? nein ja
- d) der Sinnesorgane/Ohren, der Haut (z. B. Allergien) oder der Augen?
(ggf. Dioptrienwerte Dioptrienwert links Dioptrienwert rechts) nein ja
- e) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen? nein ja
- f) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten? nein ja
3. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt
- 3.1 im Beruf (z. B. Explosion, Strahlung)? nein ja, welchen
- 3.2 in der Freizeit (z. B. Wettfahren, Flugsport)? nein ja, welchen
4. Beabsichtigen Sie einen Aufenthalt von mehr als 2 Monaten außerhalb Europas? nein ja, wo, wann, wie lange
5. Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt? nein ja
6. Wurden Anträge zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?
 nein ja, Art der Versicherung, Gesellschaft; Höhe und Erschwerung

Zusätzliche Fragen bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 25.200 €:

1. Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten (ohne gesetzliche Rente)? nein ja, wie hoch, woher (z. B. betriebl. Altersversorgung)
2. Wie viel Prozent Ihres Bruttoeinkommens betragen diese Renten? _____ %

Erklärungen zum Gesundheitszustand

Bitte alle Fragen beantworten. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich nachzureichen.

Antrag ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung, veranlasst am _____

Informationen zur Prämienzahlung

- Selbstzahler (per Rechnung)
 Antragsteller ist Prämienzahler und erteilt ein neues SEPA-Lastschriftmandat
 Antragsteller ist Prämienzahler und bestehendes SEPA-Lastschriftmandat zu folgender Bankverbindung soll genutzt werden:

IBAN _____ BIC _____

Bei Basisversorgung nicht zulässig:

- Prämienzahler ist **nicht** Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu
(Bitte hier unterschreiben und angehängtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)
- Beitragszahler (Name, Vorname) _____ Datum/Unterschrift _____

Bankverbindung für Rentenzahlungen

Nur auszufüllen bei Abschluss einer **sofort beginnenden Rentenversicherung!**
 Die Rente soll überwiesen werden an:

IBAN _____ BIC _____ Geldinstitut (Name und Ort) _____

Name, Vorname (Hinweis Basisversorgung: Antragsteller und Kontoinhaber müssen identisch sein!) _____

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz
(nicht für Basisversorgung auszufüllen)

Wirtschaftlich Berechtigter: Der Antragsteller gibt an, er handelt:

auf eigene Veranlassung auf Veranlassung von (falls Vertragspartner und Beitragszahler nicht identisch sind, ist von einem abweichenden wirtschaftlichen Berechtigten auszugehen)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum, Geburtsort _____

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer) _____ Staatsangehörigkeit _____

Angaben zur Steuerpflicht

Der Antragsteller und der ggf. abweichend Berechtigte bestätigen, dass sie ausschließlich in Deutschland einkommensteuerpflichtig sind.

Diese Angaben sind zwingend erforderlich!

Der Antragsteller bzw. wirtschaftlich Berechtigter hat sich ausgewiesen durch **(auch bei Einzugsermächtigung vom eigenen Konto des Antragstellers):**

Personalausweis Ausweisnummer _____ gültig bis _____ ausstellende Behörde _____
 Reisepass _____

Eine Kopie des Identifizierungsdokuments ist diesem Antrag beizufügen.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person geben mit Unterzeichnung dieses Antrages die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtenbindungserklärung ab.

Sie umfassen:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Proximus Lebensversicherung AG
2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Proximus Lebensversicherung AG
 - 2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 2.3 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)
 - 2.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Einwilligungen zur Bonitätsprüfung und zu Scorewerten sowie Meldung nach EStG

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an die Proximus Lebensversicherung AG.

Dieser Antrag mit dem entsprechenden Versorgungsvorschlag und ggf. die Erklärung zur Gesundheit und zur finanziellen Situation werden Bestandteile des Versicherungsvertrages.

Informationen und weitere Hinweise zu Risiken der gewählten Fondsanlage finden Sie in Ihrem Versorgungsvorschlag.

Die Widerrufsbelehrung entnehmen Sie bitte dem Abschnitt Widerrufsrecht für den Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Unterschriften	Vermittler/Vermittlerin	Ort / Datum	Unterschrift Antragsteller <i>(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)</i>
	Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erläuterungen (frühestens mit Alter 14 - ggf. gesetzlicher Vertreter)		Zu versichernde und mitzuversichernde Person(en) - ggf. gesetzliche Vertreter
Bestätigung des Dokumentenerhalts	Ich habe die „Übersicht zu den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag“ und alle dort aufgelisteten Unterlagen <input type="radio"/> elektronisch <input type="radio"/> per Datenträger <input type="radio"/> in Papierform erhalten.		
Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung	Ich bestätige den Erhalt der abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen.		
	Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers	Zu versichernde Personen
SEPA-Lastschriftmandat - das Mandat für wiederkehrende Zahlungen	Ich ermächtige die Proximus Lebensversicherung AG, die von der Proximus Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Lebensversicherung AG vor der ersten Abbuchung mit. Zahlungsempfänger: Proximus Lebensversicherung AG Gläubiger-ID: xx		
	Name, Vorname: Antragsteller		Name, Vorname: Kontoinhaber <i>(falls vom Antragsteller abweichend)</i>
	Anschrift: Kontoinhaber		
	BIC <i>(8 oder 11 Stellen)</i>		IBAN <i>(22 Stellen)</i>
	Name des Kreditinstitutes		
	Datum/Unterschrift: Antragsteller		Datum/Unterschrift: Kontoinhaber
	Hinweis Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Lebensversicherung AG über den Einzug unterrichten.		
	Widerrufsrecht	Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.	
Datenverarbeitung	Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.		
Empfangsbestätigung	Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.		
Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsgesetz	Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.		
	Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.		
	Datum/Unterschrift Antragsteller <i>(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)</i>		Datum/Unterschrift Vermittler

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Unfallversicherung - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr. Antragseingang
 Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel
 Name Geburtsname
 Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum
 Straße, Haus-Nr. Geburtsort
 Postleitzahl, Wohnort
 Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche
 angestellt selbstständig öffentlicher Dienst
 Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Zu versichernde Personen	Vorname, Name	m	w	Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit	selbstständig	Gefahrengruppe
1	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
2	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
3	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B

**Beantragter
Tarif**

Tarif-Variante	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Beantragter
Versicherungs-
schutz**

mit Zuwachs von Leistung und Prämie (Dynamik)

Ich wünsche keine Dynamik

Leistungsarten	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie
einfache Invaliditätsleistung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Invalidität Mehrleistung 70 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Invalidität Mehrleistung 90 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Invalidität mit Progression 225	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Invalidität mit Progression 350	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Invalidität mit Progression 500	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallrente 50/90	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Soforthilfe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fortführung auf Seite 2

Leistungsarten	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie
Tagegeld ab 1. Tag								
Tagegeld ab 15. Tag								
Tagegeld ab 43. Tag								
Krankenhaustagegeld								
Todesfallleistung								
Kosmetische Operationen								
Assistance								
Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze	25.000 € prämienfrei		25.000 € prämienfrei		25.000 € prämienfrei		25.000 € prämienfrei	
Nettojahresprämie								
Prämienberechnung	Gesamtjahresnettoprämie aller versicherten Personen - Junge-Leute-Nachlass 20 % - Personennachlass (ab 3 Personen 15 %) - Dauernachlass (3 Jahre 10 %) - Abschlag gemäß Zahlungsweise + Versicherungssteuer Gesamtjahresbruttoprämie in € Gesamtbruttoprämie gemäß Zahlungsweise in €							

Antragsfragen Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen?

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Psychosen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Morbus Parkinson	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Manische Depression	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Demenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Angeborene erhöhte Blutungsneigung (Bluter)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Glasknochenkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Ausgeprägte Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sehbeeinträchtigung von mind. 6 Dioptrien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Bei Vorliegen einer dieser Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen ist eine individuelle Risikoprüfung durch die Direktion erforderlich.

**Bezugs-
berechtigung
bei Tod durch
Unfall**

Für versicherte Person* soll widerruflich bezugsberechtigt sein: Vorname, Name, Geburtsdatum

1	
2	
3	
4	

* Bei der Versicherung von Minderjährigen ist die gesetzliche Erbfolge zu vereinbaren oder die Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes erforderlich.

Zahlungsweise

Nachlass: jährlich 5% halbjährlich 3% vierteljährlich 2% monatlich 0%

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn - 0:00 Uhr -				Versicherungsablauf - 24:00 Uhr -			
			2 0				2 0

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

SEPA-Lastschriftmandat - das Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.
Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xx

Name, Vorname: Antragsteller	Name, Vorname: Kontoinhaber <i>(falls vom Antragsteller abweichend)</i>
Anschrift: Kontoinhaber	
BIC (8 oder 11 Stellen)	IBAN (22 Stellen)
Name des Kreditinstitutes	
Datum/Unterschrift: Antragsteller	Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Datenverarbeitung

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Empfangsbestätigung

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Datum/Unterschrift Antragsteller <i>(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)</i>	Datum/Unterschrift Vermittler
Datum/Unterschrift versicherte Person/en <i>(bei Fremdversicherung)</i>	

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.



Antrag auf Krankenversicherung - Auszug

Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr. Antragseingang
 Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

Antragsteller/ Versicherungsnehmer

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel

Name Geburtsname

Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort Branche

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Krankenversicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine freiwilligen Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Brief-, Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Krankenversicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere Vereinbarungen bzw. Bemerkungen Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Angaben zu den versicherten Personen	Name, Vorname	m	w	Geburtsdatum	Berufstätigkeit	Berufliche Stellung
1	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Leistungs- umfang / Prämien- berechnung	Versicherungsbeginn: <input type="text"/> . <input type="text"/> . 20 <input type="text"/>	Person 1			Person 2		
		Tarif	Prämie	Anwartschaft	Tarif	Prämie	Anwartschaft
Krankheitskostenvoll							
Ambulant							
Stationär							
Zahn							
Kompakt							
Basistarif							
Beamte							
Ambulant / Zahn							
Stationär							
Zwischenbeitrag							
+ 10 % Beitragszuschlag							
Pflege							
Pflegepflichtversicherung							
Gesetzl. Pflege-Ergänzung (<input type="text"/> € / Tag)							
Pflegegeld (<input type="text"/> € / Tag)							
Tagegelder							
Krankentagegeld (<input type="text"/> € / Tag)							
Krankenhaustagegeld (<input type="text"/> € / Tag)							
Krankenergänzung							
Ambulant							
Stationär							
Zahn							
Weitere							
Beitragsentlastungsvereinbarung							
Gesamtrisikozuschlag							
Gesamtpremie gemäß Zahlungsweise							
Auslandsrankenversicherung							
Summe der Tagesprämie							

Sonstige Angaben und Fragen

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt privater* Krankenschutz?

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr.	von - bis	Krankheitskostenversicherung	mit allgemeinen Krankenhausleistungen	Krankentagegeld-Anspruch	Krankenhaus-tagegeld-Anspruch	wenn ja, Höhe
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt gesetzlicher Krankenversicherungsschutz?

Person	gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von - bis	freiwillig versichert	Krankengeld-Anspruch	wenn ja, Höhe
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine soziale Pflegeversicherung oder eine private Pflegepflichtversicherung?
(s. a. Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur Proximus Krankenversicherung AG)

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr./gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von - bis	Nachweis beigefügt?
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Wird ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen (Summe der Einkünfte i. S. d. Einkommensteuerrechts, Erläuterung s. Seite 6 des Antrages) bezogen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGBV IV bzw. bei geringfügiger Beschäftigung überschreitet?

Person 1 nein ja
Person 2 nein ja

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine sonstige private Pflegeversicherung?

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr.	von - bis	Tarif	ggf. Tagegeld-Höhe
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			

**Die Aufgabe einer bestehenden privaten Krankenversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.*

Besteht Beihilfensprache?

Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge?

Person	amb. %	stat. %	Beihilfenvorschriften? Bund? Welches Land?	berücksichtigungsfähige Kinder (Anzahl)	
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, an wen? _____
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, an wen? _____

Einzelversicherung

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Krankentagegeldversicherungen

Person 1 Arbeitnehmer Selbstständiger Freiberufler **Person 2** Arbeitnehmer Selbstständiger Freiberufler

Person	Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst der letzten 12 Monate als Arbeitnehmer?	Art des selbstständigen Gewerbes / der freiberuflichen Tätigkeit? Seit wann?	Eintragung ins Handelsregister / Gewerbeanmeldung? Seit wann?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?
1				
2				

Einzelversicherung

Für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH:
Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?

Person 1 _____ Tage / _____ Wochen

Person 2 _____ Tage / _____ Wochen

Wartezeiten

Ich beantrage, auf die Wartezeiten die angegebene ununterbrochene Dauer der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruches auf freie Heilfürsorge anzurechnen, soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind.

Person 1 nein ja
Nachweis beigefügt wird nachgereicht

Person 2 nein ja
Nachweis beigefügt wird nachgereicht

Ich beantrage, die bei folgendem privaten Krankenversicherungsunternehmen: _____

nachweislich ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind.

Person 1 nein ja
Nachweis beigefügt wird nachgereicht

Person 2 nein ja
Nachweis beigefügt wird nachgereicht

Ich beantrage den laut jeweiliger AVB frist- und bedingungsgemäßen Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung unter den genannten Voraussetzungen.

Person 1 nein ja

Person 2 nein ja

Fragen zur Gesundheit

Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller (s. auch „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“ und „Vorversicherung“):

Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. **Reicht der Platz nicht:** Antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie in der Beitrittserklärung / im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, dies **innerhalb von 3 Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann in der Beitrittserklärung / im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Werden die gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist - außer bei Vorsatz - ausgeschlossen, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht zu vertreten.

Für bereits versicherte Personen brauchen Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten 5 Jahren, die durch anlässlich eines bestehenden Versicherungsvertrages eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht angegeben zu werden.

		Person 1		Person 2	
		nein	ja	nein	ja
		▼	▼	▼	▼
1	Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angedacht oder beabsichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Größe und Gewicht cm /kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fragen 11-13 nur beantworten, wenn Tarife mit zahnärztlichen Leistungen beantragt werden					
11	Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angedacht worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Wenn ja, Anzahl		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-9 und 12, wenn mit „ja“ beantwortet

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?), Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Behandlungen/ Beschwerden von - bis	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs- / beschwerdefrei?

Sofern Angaben zu Behandlungen / Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben:

**SEPA-Last-
schriftmandat –
das Mandat für
wiederkehrende
Zahlungen**

Ich ermächtige die Proximus Krankenversicherung AG, die von der Proximus Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Krankenversicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.
Zahlungsempfänger: Proximus Krankenversicherung AG
Gläubiger-ID: xxx

Name, Vorname: Antragsteller	Name, Vorname: Kontoinhaber <i>(falls vom Antragsteller abweichend)</i>
Anschrift: Kontoinhaber	
BIC (8 oder 11 Stellen)	IBAN (22 Stellen)
Name des Kreditinstitutes	
Datum/Unterschrift: Antragsteller	Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Krankenversicherung AG über den Einzug unterrichten.

**Schluss-
erklärungen**

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit und Vollständigkeit.

Mit meiner Unterschrift gebe ich die auf diesen Seiten abgedruckte Erklärung zur Schweigepflicht-entbindung ab. Dies gilt auch für mich (uns) als zu versichernde Person(en).

Die auf diesen Seiten abgedruckte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde.

Die Entscheidung für diese Alternative kann

- die Angebotsstellung / den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.
- zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungshaftungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Ich bin damit einverstanden, dass mir schriftlich und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der Proximus Krankenversicherung AG gegeben werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

ja nein

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf diesen Seiten abgedruckten Erklärungen (unter anderem Erklärung zum Widerrufsrecht und zum Datenschutz) ab.

Datum/Unterschrift Antragsteller
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Vom Vermittler auszufüllen:

Wurden zu den Fragen in diesem Antrag / in dieser Beitrittserklärung Ihnen gegenüber auch Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind?

nein ja

Wenn ja, welche?

Agentur-Nr.

Datum/Unterschrift Vermittler

**Empfangs-
bestätigung**

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

**Anwendbares
Recht**

Es gilt deutsches Recht.

**Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz**

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Vertragssprache	Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in Deutsch erteilt.
Aufsichtsbehörde	Etwaige Beschwerden können an die Proximus Krankenversicherung AG, an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 0602 22, 10052 Berlin oder an die zuständige Aufsichtsbehörde - Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn - gerichtet werden.
	<p>Schweigepflichtenbindung</p> <p>1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies für das zu versichernde Risiko erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten. Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherung gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragserteilung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder eine Anfrage / einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherten konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und somit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtenbindung entsprechend - und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus Die Angehörigen des Versicherten selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der Proximus Krankenversicherung AG oder auch Rückversicherer übermittelt werden. Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.</p> <p>2. Prüfung der Leistungspflicht Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf). Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Angehörigen des Versicherten selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, einer Versicherungsgesellschaft der Proximus Krankenversicherung AG oder auch Rückversicherer übermittelt werden. Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.</p> <p>Erklärungen für mitversichernde Personen Den vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.</p>
Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Bonitätsprüfung	<p>Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, 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 Versicherte und an den Verband der Private Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherte übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom zustande kommenden Vertrag sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitigen beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.</p> <p>Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Proximus Krankenversicherung AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.</p> <p>Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, von dem für mich zuständigen Vermittler zu Versicherungsprodukten auch telefonisch beraten zu werden. Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunftseinheit einholt. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird. Sie können der Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten durch Ihren Versicherer zum Zwecke der Werbung jederzeit schriftlich widersprechen.</p>
Datenverarbeitung	Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.
Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung	Ich reiche innerhalb von 90 Tagen - gerechnet vom Datum der Antragsstellung an - einen Nachweis ein, aus dem hervorgeht, ob und für welchen Zeitraum die Pflegepflichtversicherung beim Vorversicherer mit Bestandskonditionen geführt wurde bzw. ob und für welchen Zeitraum eine Pflegepflichtversicherung oder private Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat. Reiche ich den Nachweis zum Ablauf dieses Termins nicht ein, wird der Antrag ohne Anrechnung der Vorversicherung poliziert.
Gesamteinkommen	Darunter fallen Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte i. S. d. § 22 EStG; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; aus Kindererziehungszeiten resultierende Rentenleistungen bleiben unberücksichtigt.

Einzelversicherung	<p>Vertragsgrundlagen Für den beantragten Krankenversicherungsvertrag gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Eine Durchschrift des Antrages erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.</p>
Zustandekommen des Vertrages	<p>Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Die Zahlung des Erst- (Mehr-) Beitrages an den Vermittler gilt nicht als Annahme des Antrages. Wird der Antrag auf Umwandlung nicht angenommen, bleibt der bisherige Versicherungsvertrag unverändert bestehen.</p>
Fälligkeit der Erstprämie	<p>Die erste Prämie wird nicht vor Versicherungsbeginn fällig.</p>
Vertragsdauer	<p>Verträge nach Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Pflegeergänzungstarifen und Serviceprodukten werden für die Dauer von 2 Versicherungsjahren abgeschlossen. Sie verlängern sich jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt bzw. beendet werden.</p>
Umwandlung	<p>AVB Bei Umwandlung eines Krankenversicherungsvertrages gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (einschließlich Umwandlungsregelungen) der beantragten Tarife von dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Umwandlungstermin an.</p> <p>Widerrufsrecht Kommt eine beantragte Umwandlung nicht zustande, weil von dem gesetzlichen Widerrufsrecht Gebrauch gemacht wird, besteht der Vertrag mit bisherigem Inhalt fort.</p> <p>Anrechnung der Laufzeit Die Laufzeit der bisherigen Versicherung wird bei Umwandlung auf die Fristen der neuen Versicherung angerechnet.</p> <p>Versicherungsjahr Bei Umwandlung von Krankentagegeldversicherungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht, bei allen anderen Versicherungen ist das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr identisch.</p> <p>Zuschläge für erhöhtes Risiko, Ausschlüsse Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Zuschläge für erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Etwaige Leistungsausschlüsse bleiben bestehen.</p>
Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung	<p>Haben Sie neben der Krankheitskostenversicherung eine Krankentagegeldversicherung beantragt, so lassen Sie bitte von der Krankenkasse außer Beginn und Ende der Mitgliedschaft auch einen bisherigen Krankengeldanspruch bestätigen.</p> <p>Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt sich es sich, bis zur Annahme Ihres Antrages die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.</p>

Antrag auf Private Haftpflichtrisiken - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr. Antragseingang
 Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel
 Name Geburtsname
 Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum
 Straße, Haus-Nr. Geburtsort
 Postleitzahl, Wohnort
 Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche
 angestellt selbstständig öffentlicher Dienst
 Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere Vereinbarungen bzw. Bemerkungen Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Haftpflichtversicherung Es gelten:
 - die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung privater Risiken 2016 (PHV 2016 Proximus Versicherung AG)
 - die für den vereinbarten Versicherungsschutz jeweils zutreffenden Abschnitte der Ziffern 1-6

Versicherungssummen **A 15.000.000 €** pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden **B 30.000.000 €** pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
 Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Doppelte dieser Versicherungssummen.

Antragsfragen zu A bis F bitte genau beantworten.

Vorversicherung / Vorschäden Bestehen oder bestanden für den beantragten Versicherungsumfang in den letzten 5 Jahren Haftpflichtversicherungen für private Risiken?
 ja nein
 Falls ja, welche Haftpflichtversicherung besteht oder bestand?
 Bei welcher Gesellschaft?
 gekündigt zum von / vom Gesellschaft Versicherungsnehmer
 Sind bereits früher Schäden eingetreten?
 ja nein
 Anzahl der Schäden in den letzten 5 Jahren
 Schadenhöhe insgesamt in €
 Wurden bereits Versicherungen abgelehnt?
 ja nein
 Grund

Versicherungsumfang (bitte eintragen bzw. ankreuzen)

A Privat-Haftpflicht/PHV 2016 - Abschnitt 1

Für

Lebenspartner

Prämie in €

Kompakt-Modell

Junge Leute / Einzelpersonen
Bei der Haftpflichtversicherung von Einzelpersonen entfällt die Mitversicherung anderer Personen

mit 150 € Selbstbeteiligung Ja Nein

Öffentlicher Dienst Ja Nein

Ergänzung des Versicherungsschutzes
nur möglich, wenn auch die Privat-Haftpflicht besteht

Zuschlag für Vermietung von im Inland gelegenen

	Menge	Prämie in €
<input type="radio"/> Garagen, Carports, Kfz-Stellplätze	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art/Anschrift <input type="text"/>		
<input type="radio"/> Ferien-/Wochenendhäuser oder -wohnungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art/Anschrift <input type="text"/>		
<input type="radio"/> Eigentumswohnungen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift <input type="text"/>		

B Hundehalter-Haftpflicht/PHV 2016 - Abschnitt 2

Ist ein Hund als gefährlicher Hund („Kampfhund“) einzustufen?

Ja (nicht versicherbar) Nein

Rasse des Hundes

Menge Prämie in €

C Pferdehalter-Haftpflicht/PHV 2016 - Abschnitt 3

Pferde, Kleinpferde, Ponys, Maultiere, Esel

Menge Prämie in €

D Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht/PHV 2016 - Abschnitt 4

Liegt der Flächenanteil einer vorhandenen gewerblichen Teilnutzung bei maximal 50%?

Ja Nein

Nutzung/Objektbezeichnung

Prämie in €

Einfamilienhaus

Zweifamilienhaus

weitere Wohnung

Zusatzprämie für gewerbliche Nutzung

Anschrift des Grundstücks

unbebautes Grundstück

Größe des Grundstücks

Art/Anschrift des Grundstücks

E Bauherren-Haftpflicht/PHV 2016 - Abschnitt 5
Die Versicherung erlischt 2 Jahre nach Baueinginn.

Bausumme in €

Bauen mit eigener Leistung

a) Eigenleistung einschließlich Nachbarschaftshilfe

Ja, Wert €

Nein

b) Übernahme der Planung und/oder Bauleitung (nicht Bauausführung) durch den Bauherrn

Ja Nein

F Gewässerschaden-Haftpflicht für private Öltanks/PHV 2016 - Abschnitt 6

Liegt der Flächenanteil einer vorhandenen gewerblichen Teilnutzung bei maximal 50%?

Ja Nein

Sind Ihnen bestehende oder beseitigte Verunreinigungen des Bodens und/oder des Wassers, auch Grundwasser, bekannt?

Ja (Sanierungsnachweis beifügen) Nein

Wie wird das Grundstück heute genutzt?

Wie wurde das Grundstück früher genutzt?

Art/Anschrift

unterirdischer Behälter

Einbaujahr	<input type="text"/>	Anzahl	<input type="text"/>
------------	----------------------	--------	----------------------

Fassungsvermögen bis cbm

Herstellungsjahr	<input type="text"/>	letzte Prüfung	am <input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------	-------------------------

oberirdischer Behälter (auch Kellertanks)

Einbaujahr	<input type="text"/>	Anzahl	<input type="text"/>
------------	----------------------	--------	----------------------

Fassungsvermögen bis cbm

Herstellungsjahr	<input type="text"/>	letzte Prüfung	am <input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------	-------------------------

**Prämien-
berechnung**

Nettojahresprämie nach A in €

Nettojahresprämie nach B in €

Nettojahresprämie nach C in €

Nettojahresprämie nach D in €

Nettojahresprämie nach F in €

Gesamtjahresnettoprämie in €

Dauernachlass (3 Jahre 10 %) in €

Abschlag gemäß Zahlungsweise in €

Nettoprämie gemäß Zahlungsweise

Versicherungsteuer in €

Gesamtbruttoprämie gemäß Zahlungsweise in €

Einmalige Nettoprämie nach E in €

Versicherungsteuer in €

Einmalige Bruttoprämie in €

**Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz**

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

**Belehrung über
die Beachtung
von Auskunfts-
und Aufklä-
rungsobliegen-
heiten nach § 28
Abs. 2 und 4
Versicherungs-
vertragsgesetz**

Ich weiß, dass die Proximus Versicherung AG bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit durch mich vollständig oder teilweise leistungsfrei sein kann.

Auf die Leistungsfreiheit kann sich die Proximus Versicherung AG berufen, wenn ich die Obliegenheit vorsätzlich verletzt habe. Habe ich sie grob fahrlässig verletzt, ist sie berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere meines Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast, dass nicht einmal grobe Fahrlässigkeit vorliegt, trage ich.

Zahlungsweise

- jährlich 5%
 halbjährlich 3%
 vierteljährlich 2%
 monatlich 0%
 einmalig für Bauherren-Haftpflichtversicherung

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn
- 0:00 Uhr -

Versicherungsablauf
- 24:00 Uhr -

2	0	2	0
---	---	---	---

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

SEPA-Lastschriftmandat - das Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstitutes

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Datenverarbeitung

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Empfangsbestätigung

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Datum/Unterschrift Antragsteller

(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler



Vertragsspiegel Private Haftpflichtrisiken

Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Ehepartner	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Kinder	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Anschrift					

Versicherungs- nachweis	Versicherungsnummer			
	Bedingungen			
	Vertragsbeginn			
	Vertragsablauf			
	Zahlungsweise			
	Prämie			
	Fälligkeit			
	Prämienkonto			
	Versicherungssumme	Personenschäden		
		Sachschäden		
Vermögensschäden				
Produkte	Privat-Haftpflicht- versicherung			
	Hundehalter-Haft- pflichtversicherung			
	Pferdehalter-Haft- pflichtversicherung			
	Haus- und Grund- besitzer-Haft- pflichtversicherung			
	Bauherren-Haft- pflichtversicherung			
	Gewässerschaden- Haftpflicht- versicherung			
Zusatzrisiken				
Anmerkungen				

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Kraftfahrzeugversicherung - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr. Antragseingang
 Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.Antragsteller/
Versicherungs-
nehmerAnrede Herr FrauBesondere Anredetitel Name Geburtsname Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum Straße, Haus-Nr. Geburtsort Postleitzahl, Wohnort Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche angestellt selbstständig öffentlicher DienstTelefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Antragsgrund

- allgem. Kennzeichen Neuversicherung Wiederinkraftsetzung Änderung Zahlungsdaten
 rotes Kennzeichen Fahrzeugwechsel Änderung Deckung Angebot
 Kurzzeitkennzeichen SFR-Übertragung Änderungsantrag

Zahlungsweise

Nachlass: jährlich 5% halbjährlich 3% vierteljährlich 2% monatlich 0%

Vertragsdauer

Von VBK/VB abweichender **Versicherungsbeginn** __. __. 20__ 0:00 Uhr **Versicherungsablauf** __. __. 20__ 24:00 Uhr**Beginn** des Versicherungsschutzes ab Tag der Zulassung/Zuteilungoder am: __. __. 20__ (*mind. am Tag der Zulassung/Zuteilung*)**Ende** des Versicherungsschutzes bei rotem Kennzeichen am: __. __. 20__ oder bei Kurzzeitkennzeichen nach __ TagenBei der **Dauer von weniger als 1 Jahr** Vertragsverlängerung (G.1 AKB)

Fahrzeugdaten

Kennzeichen Fahrzeughersteller Typ/Ausführung bei Pkw
(falls Typschl.-Nr. unbekannt)

Leistung in kW Schlüssel-Nr. für Hersteller
(Marke) und Typ Fahrzeugart

Erstzulassung Saisonkennzeichen gültig von
... .. 20... bis 20... Fzg-Ident.-Nr. (mind. 8 Stellen)

Hubraum bei Kraftrad cm³ Bei Krädern über 20.000 € Neuwert Kaufpreis in €
inkl. MwSt angeben €

Gesamtneuwert bei Camping-
fahrzeugen in € inkl. MwSt. Zuschlagspflichtige Sonderausstattung
(über 10.000 €); ggf. auf Beiblatt

und Anfrage Direktion

Rechnungsvorlage im Schadenfall

Vorfahrzeug

Kennzeichen ab-/umgemeldet am: 20...
 verkauft am: 20... Versicherungsschein-Nummer
 weiterversichert bei der Proximus Versicherung AG

**Schaden-
freiheitsrabatt**

Versichererwechsel Wer hat den Vertrag gekündigt? VN/Antragsteller Versicherer ungekündigt

VS-Nr. Name des Vor-Versicherungsunternehmens

Anzahl **schadenfreie Kalenderjahre** Haftpflicht Vollkasko Anzahl **gemeldeter Schäden** Haftpflicht Vollkasko
am 01.01. des Beginnjahres seit 01.01. bis jetzt

Zweitwagenregelung mit Einstufung in SF 1/2 Führerscheinregelung gültiger Führerschein Klasse seit:

Zweitwagenregelung mit Einstufung in SF 2 Rabattübertragung von einem anderen Fahrzeug
 Rabattübertragung von einer anderen Person
 Rabattübertragung mit mehreren Verträgen (Rabatt-Tausch)

Tarifmerkmale
(gemäß § 3 AKB)

Verwendungszweck: private Nutzung

Wohneigentum und /oder Garage

selbstbewohntes Ein-/Zweifamilienhaus Garage Datum des Fahrzeugerwerbs

selbstbewohnte Eigentumswohnung falls abweichend v. Erstzulassung

Fahrzeugnutzkerkreis

VN und Partner km-Leistung pro Jahr (in Tausend)

Familie mit Kind unter 16 Jahre km-Stand bei Antragstellung (in Tausend)

**Deckungs-
umfang**

Haftpflicht

Haftpflicht mit 100 Mio. € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
(max. 8 Mio€ je getötete oder verletzte Person)

Gesetzliche Mindestdeckungssummen

Schutzbrief

Autoschutzbrief einschließen

Fahrerschutz

Fahrerschutz-Versicherung einschließen

Kasko

Vollkasko **Teilkasko**

150 € SB 300 € SB 500 € SB 1.000 € SB 2.500 € SB 5.000 € SB 150 € SB
 300 € SB
 500 € SB

einschl. Teilkasko

ohne SB 150 € SB 500 € SB 1.000 € SB 2.500 € SB 5.000 € SB ohne Selbstbeteiligung

Rabattschutz

Rabattschutz einschließen

Gesamtjahresnettoprämie in € =

**Prämien-
berechnung**

Abschlag gemäß Zahlungsweise in €

-

=

Nettoprämie gemäß Zahlungsweise in €

=

Versicherungssteuer in €

+

Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise in €

=

**Vorläufige
Deckung in der
Kfz-Versicherung**

Die vorläufige Deckung nach B.2 AKB endet mit der Einlösung des Versicherungsscheins. Sie tritt rückwirkend außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird, die im Versicherungsschein erste oder einmalige Prämie nicht unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt wird. Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von 2 Wochen schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie. Bleibt in der Kfz-Haftpflichtversicherung die Verpflichtung des Versichereres gegenüber dem Dritten bestehen, obgleich der Versicherungsvertrag über die vorläufige Deckung beendet ist, so gebührt dem Versicherer außerdem die Prämie für die Zeit dieser Verpflichtung.

erteilt ab:

- Tag der Zulassung oder ab _____ (Datum, Uhrzeit) in der
 Kasko KH zu den vertraglich vereinbarten Versicherungssummen Autoschutzbrief

**Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz**

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

**SEPA-Last-
schriftmandat -
das Mandat für
wiederkehrende
Zahlungen**

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xxx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstitutes

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

**Daten-
verarbeitung**

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

**Empfangs-
bestätigung**

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Widerrufsrecht

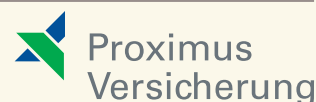
Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Datum/Unterschrift Antragsteller
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Rechtsschutz - Auszug

Vermittler/Vermittler-Nr.
_____Versicherungsschein-Nr.
| | | | |Antragseingang _____
Antragsnummer _____Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.Antragsteller/
Versicherungs-
nehmerAnrede Herr FrauBesondere Anredetitel
_____Name
_____Geburtsname
_____Vorname
_____Staatsangehörigkeit
_____Geburtsdatum
_____Straße, Haus-Nr.
_____Geburtsort
_____Postleitzahl, Wohnort
_____Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)
_____Branche
_____ angestellt selbstständig öffentlicher DienstTelefon (privat)
_____Telefon (geschäftlich)
_____Telefon (mobil)
_____E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Familien-
angehörigeVorname, ggf. abweichender Nachname
_____Geburtsdatum
_____Berufliche Tätigkeit
_____ Ehepartner Lebenspartner
_____ Kind
_____ Kind
_____ Kind

Vorversicherung

 keine VorversicherungBei welcher/welchen Gesellschaft(en) ist oder war der Antragsteller/
(Ehe-)Partner rechtsschutzversichert?
_____Vertragsnummer
_____Wann endet(e) der Vertrag?
_____Wurde der Rechtsschutzvertrag durch die Gesellschaft beendet? ja nein

Zahlungsweise

Nachlass: jährlich 5% halbjährlich 3% vierteljährlich 2% monatlich 0%

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn
- 0:00 Uhr -
| | | | | 2 | 0 | | | |Versicherungsablauf
- 24:00 Uhr -
| | | | | 2 | 0 | | | |

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

Selbst-
beteiligung ohne 150 € 250 €

Privat-Rechtsschutz (P)	<input type="radio"/> Familie	<input type="radio"/> Single	<input type="radio"/> Lebenspartner	Nettojahresprämie in €
	Name, Vorname, Geburtsdatum <input type="text"/>			<input type="text"/>
Berufs-Rechtsschutz (B)	<input type="radio"/> Familie	<input type="radio"/> Single	<input type="radio"/> Lebenspartner	Nettojahresprämie in €
	Name, Vorname, Geburtsdatum <input type="text"/>			<input type="text"/>
Verkehrs-Rechtsschutz (Vk)				Nettojahresprämie in €
	<input type="radio"/> PKW, Wohnmobil, Campingfahrzeug, Quad, Trike			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Krafträder mit Versicherungskennzeichen			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Krafträder mit amtlichem Kennzeichen			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Anhänger (auch Wohnwagen)			<input type="text"/>
Fahrzeug-Rechtsschutz (F)				Nettojahresprämie in €
	<input type="radio"/> PKW, Wohnmobil, Campingfahrzeug, Quad, Trike			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Krafträder mit Versicherungskennzeichen			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Krafträder mit amtlichem Kennzeichen			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Anhänger (auch Wohnwagen)			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Motorboot			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Hubschrauber			<input type="text"/>
Fahrer-Rechtsschutz (D)				Nettojahresprämie in €
<input type="text"/>				<input type="text"/>
Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz (W)				Nettojahresprämie in €
	<input type="radio"/> Selbstbewohnte Wohneinheit			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Vermieter/Verpächter einer Einliegerwohnung im selbstbewohnten Einfamilienhaus			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Vermieter/Verpächter von Wohneinheiten in % der Jahresbruttomiete			<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Garagen, Abstellplätze, Bootsanliegeplätze			<input type="text"/>
Prämienberechnung	Gesamtjahresnettoprämie in €			<input type="text"/>
	Dauernachlass (3 Jahre 10%) in €			-
				=
	Abschlag gemäß Zahlungsweise in €			-
				=
	Versicherungsteuer in €			+
	Gesamtbruttoprämie in €			=
Gesamtbruttoprämie gemäß Zahlungsweise in €			=	

Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

SEPA-Lastschriftmandat - das Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Proximus Rechtsschutz Versicherung AG, die von der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Rechtsschutz Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Rechtsschutz Versicherung AG
Gläubiger-ID: xx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstitutes

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Rechtsschutz Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Datenverarbeitung

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Empfangsbestätigung

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Datum/Unterschrift Antragsteller

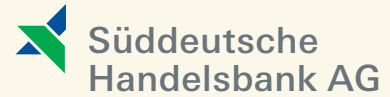
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Verbraucherkredit

bei der Süddeutschen Handelsbank AG

**Kreditgeber**

Süddeutsche Handelsbank AG
Proximus-Allee 7-9
80333 München

Kredit-Konto-Nummer:

1. Persönliche Angaben

	Darlehensnehmer (1)	Darlehensnehmer (2)
Name (ggf. Geburtsname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon, E-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum, -ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beschäftigungsverhältnis	<input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> öffentlicher Dienst	<input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> öffentlicher Dienst
Familienstand, Kinder	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Darlehensbetrag

Auszuzahlender Nettodarlehensbetrag	<input type="text"/>	€
Beitrag Restschuldversicherung	<input type="text"/>	€
Darlehensbetrag	<input type="text"/>	€
Sollzinsen	<input type="text"/>	€
Sonstige Kosten	<input type="text"/>	€
Gesamtbetrag	<input type="text"/>	€
Auszahlung auf folgendes Konto	IBAN <input type="text"/>	BIC <input type="text"/>

3. Tilgung

Laufzeit	<input type="text"/>	Monate
Auszahlungsdatum	<input type="text"/>	
Nominalzins	<input type="text"/>	%
Effektiver Jahreszins	<input type="text"/>	%
Vertragsdauer	<input type="text"/>	Monate
Ratenhöhe	<input type="text"/>	€
Jeweils fällig am	<input type="text"/>	eines Monats
Fällige Zahlungen werden dem folgenden Konto belastet	IBAN <input type="text"/>	BIC <input type="text"/>

I. Ergänzende Vereinbarungen zum Ratenkredit**1. Gesamtschuldnerische Haftung, gegenseitige Bevollmächtigung**

- (1) Wir haften als Gesamtschuldner für die Ansprüche, die der Süddeutschen Handelsbank AG aus dem Darlehensvertrag zustehen.
- (2) Wir bevollmächtigen uns gegenseitig, im Rahmen der Abwicklung des Darlehensvertrages anfallende Kontoauszüge, Saldo-Mitteilungen, Abrechnungen und sonstige Schriftstücke entgegenzunehmen, zu prüfen, anzuerkennen sowie für den anderen Darlehensnehmer rechtsverbindlich zu quittieren. Die Vollmacht erstreckt sich jedoch nicht auf die Entgegennahme rechtsverbindlicher Erklärungen, die den Bestand des Darlehensvertrages betreffen, wie zum Beispiel Darlehenskündigung.

2. Fälligkeit, Zinsen

- (1) Die Raten sind jeweils monatlich zu den oben genannten Terminen zur Zahlung fällig. Infolge sofortiger Verrechnung der in jeder Rate enthaltenen Tilgungsanteile verändert sich das Verhältnis von Zins und Tilgung in der Weise, dass bei gleichbleibender Rate die jeweils ersparten Zinsen zur verstärkten Tilgung verwendet werden; der jeweilige Restsaldo bildet die Basis für die Verzinsung bis zur nächsten Ratenzahlung.
- (2) Die Angaben zu Laufzeit, Zinsen, Gesamtbetrag und effektiven Jahreszinsen beruhen auf der Annahme, dass die Ratenzahlungen planmäßig zu den vereinbarten Terminen erfolgen.

II. Sicherheiten

Zur Sicherung aller Forderungen der Süddeutschen Handelsbank AG gegen den Darlehensnehmer aus diesem Darlehen sowie aller ihr in Zusammenhang damit entstehenden Forderungen und gesetzlichen Ansprüche werden folgende Sicherheiten gestellt:

III. Informationen zum Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt nach Abschluss des Vertrages, aber erst, nachdem Sie alle Pflichtangaben nach § 492 Abs. 2 BGB erhalten haben. Sie haben alle Pflichtangaben erhalten, wenn diese in der für Sie bestimmten Ausfertigung Ihres Antrags oder in der für Sie bestimmten Ausfertigung der Vertragsurkunde oder in einer für Sie bestimmten Abschrift Ihres Antrags oder der Vertragsurkunde enthalten sind und Ihnen eine solche Unterlage zur Verfügung gestellt worden ist. Über in den Vertragstext aufgenommene Pflichtangaben können Sie nachträglich in Textform informiert werden; die Widerrufsfrist beträgt dann einen Monat. Sie sind mit den nachgeholten Pflichtangaben nochmals auf den Beginn der Widerrufsfrist hinzuweisen. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Süddeutsche Handelsbank AG, Proximus-Allee 7-9, 80333 München.

Widerrufsfolgen

Sie haben innerhalb von 30 Tagen das Darlehen, soweit es bereits ausgezahlt wurde, zurückzahlen und für den Zeitraum zwischen der Auszahlung und der Rückzahlung des Darlehens den vereinbarten Sollzins zu entrichten. Die Frist beginnt mit der Absendung der Widerrufserklärung.

IV. Einbeziehung der Geschäftsbedingungen der Süddeutschen Handelsbank AG

Für Darlehensvertrag und vereinbarte Sicherheiten gelten die nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für Kredite und Darlehen sowie die Bürgschaftsbedingungen.

SCHUFA-Klausel zu Kreditverträgen

Ich/ wir willige(n) ein, dass die Süddeutsche Handelsbank AG (nachfolgend SDH genannt) der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Daten über die Beantragung, die Aufnahme (Kreditnehmer, Kreditbetrag, Laufzeit, Ratenbeginn) und vereinbarungsgemäße Abwicklung (z. B. vorzeitige Rückzahlung, Laufzeitverlängerung) dieses Kredits übermittelt.

Unabhängig davon wird die SDH der SCHUFA auch Daten über ihre gegen mich/uns bestehenden fälligen Forderungen übermitteln. Dies ist nach dem Bundesdatenschutzgesetz (§ 28 a Absatz 1 Satz 1) zulässig, wenn ich/wir die geschuldete Leistung trotz Fälligkeit nicht erbracht habe/n, die Übermittlung zur Wahrung berechtigter Interessen der SDH oder Dritter erforderlich ist und

- die Forderung vollstreckbar ist oder ich/wir die Forderung ausdrücklich anerkannt habe/n oder
- ich/wir nach Eintritt der Fälligkeit der Forderung mindestens zweimal schriftlich gemahnt worden bin/sind, die Bank mich/uns rechtzeitig, jedoch frühestens bei der ersten Mahnung, über die bevorstehende Übermittlung nach mindestens 4 Wochen unterrichtet hat und ich/wir die Forderung nicht bestritten habe/n oder
- das der Forderung zugrundeliegende Vertragsverhältnis aufgrund von Zahlungsrückständen von der SDH fristlos gekündigt werden kann und die SDH mich/uns über die bevorstehende Übermittlung unterrichtet hat.

Darüber hinaus wird die SDH der SCHUFA auch Daten über sonstiges nicht vertragsgemäßes Verhalten (z. B. betrügerisches Verhalten) übermitteln. Diese Meldungen dürfen nach dem Bundesdatenschutzgesetz (§ 28 Absatz 2) nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der SDH oder Dritter erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Abschluss der Übermittlung überwiegt.

Insofern befreie(n) ich/wir die SDH zugleich vom Bankgeheimnis.

Die SCHUFA speichert und nutzt die erhaltenen Daten. Die Nutzung umfasst auch die Errechnung eines Wahrscheinlichkeitswertes auf Grundlage des SCHUFA-Datenbestandes zur Beurteilung des Kreditrisikos (Score). Die erhaltenen Daten übermittelt sie an ihre Vertragspartner im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz, um diesen Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Vertragspartner der SCHUFA sind Unternehmen, die aufgrund von Leistungen oder Lieferung finanzielle Ausfallrisiken tragen (insbesondere Kreditinstitute sowie Kreditkarten- und Leasinggesellschaften, aber auch etwa Vermietungs-, Handels-, Telekommunikations-, Energieversorgungs-, Versicherungs- und Inkassounternehmen). Die SCHUFA stellt personenbezogene Daten nur zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und die Übermittlung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Daher kann der Umfang der jeweils zur Verfügung gestellten Daten nach Art der Vertragspartner unterschiedlich sein. Darüber hinaus nutzt die SCHUFA die Daten zur Prüfung der Identität und des Alters von Personen auf Anfrage ihrer Vertragspartner, die beispielsweise Dienstleistungen im Internet anbieten.

Ich/wir kann/können Auskunft bei der SCHUFA über die mich/uns betreffenden gespeicherten Daten erhalten. Weitere Informationen über das SCHUFA-Auskunfts- und -Score-Verfahren sind unter www.meineschufa.de abrufbar. Die postalische Adresse der SCHUFA lautet: SCHUFA Holding AG, Privatkunden Servicecenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.

Ort, Datum	Unterschrift Darlehensnehmer (1)	Unterschrift Darlehensnehmer (2)

Ort, Datum	Unterschrift Sachbearbeiter (1)	Unterschrift Sachbearbeiter (2)

SEPA-Lastschriftmandat - das Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Süddeutsche Handelsbank AG, die von der Süddeutschen Handelsbank AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Süddeutsche Handelsbank AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Süddeutsche Handelsbank AG

Gläubiger-ID: xxx

Name, Vorname: Kontoinhaber

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstitutes

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Süddeutsche Handelsbank AG über den Einzug unterrichten.

Legitimation

Legitimation	Darlehensnehmer (1)	Darlehensnehmer (2)
Ausweisdokument		
§ 8 GWG Darlehensaufnahme für	<input type="radio"/> eigene Rechnung <input type="radio"/> fremde Rechnung	<input type="radio"/> eigene Rechnung <input type="radio"/> fremde Rechnung
Datum, Unterschrift Sachbearbeiter		

Vertrauliche Selbstauskunft

bei der Süddeutschen Handelsbank AG



1. Persönliche Angaben

	Darlehensnehmer (1)	Darlehensnehmer (2)
Name (ggf. Geburtsname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum, -ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> <input type="text"/>
ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beschäftigungsverhältnis	<input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> öffentlicher Dienst	<input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> öffentlicher Dienst
dort tätig bzw. selbstständig seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verh. <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> gesch. <input type="radio"/> getrennt lebend	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verh. <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> gesch. <input type="radio"/> getrennt lebend
Anzahl der Kinder	<input type="text"/> , Alter: <input type="text"/>	<input type="text"/> , Alter: <input type="text"/>
Güterstand	<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> <input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Einkommensverhältnisse

	Darlehensnehmer (1)	Darlehensnehmer (2)
2.1 Arbeitnehmer		
Monatseinkommen brutto in €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monatseinkommen netto in €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mieteinnahmen in €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstige Einkünfte in €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.2 Selbstständige		
Geschäftsgewinn im Vorjahr 20__ in €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschäftsgewinn im lauf. Jahr in €	voraussichtlich <input type="text"/>	voraussichtlich <input type="text"/>

3. Ausgaben

	Darlehensnehmer (1)	Darlehensnehmer (2)
Lebenshaltungskosten inkl. Versicherungen, Ausgaben für Nahrung, Kleidung, Hobbys, Urlaub, PKW in €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miete (inkl. Nebenkosten) in €	<input type="text"/>	<input type="text"/>
sonstige regelmäßige Ausgaben in €	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. Vermögens-
verhältnisse**

4.1 Haus- und Grundbesitz

Objektlage, Wohnort, Straße	Objektart (EFH/MFH)	Verkehrswert (geschätzt) in €	Restschuld zzt.	Zahlungsverpflichtungen jährlich in €	Mieteinnahmen jährlich in €

4.2 Sonstige Vermögenswerte (Bankguthaben, Wertpapiere, Bausparguthaben, Beteiligungen u. Ä.)

Art	Betrag in €	Jährlicher Ertrag in €

4.3 Bestehende Lebensversicherungen

Art der Versicherung	Abschlussdatum	Versicherungssumme in €	Monatsprämie in €	Laufzeit	Rückkaufswert

**5. Verbindlich-
keiten**

Art (Darlehen, Girokonto)	Verwendungszweck	Restschuld zzt.	Zahlungsverpflichtung	Zahlungsende

Übernommene Bürgschaften nein ja, Euro _____ für _____

**6. Bank-
verbindungen**

Name und Anschrift

**7. Zustimmung
zur Bank-
auskunft**

Der Kunde stimmt zu, dass die _____ über ihn einmalig der Süddeutschen Handelsbank AG eine Bankauskunft nach Nr. 2 AGB erteilt.
 Die von der Süddeutschen Handelsbank AG geforderten Unterlagen werden nachgereicht.
 Die Bank ist berechtigt, sich bei Behörden, Grundbuchämtern, sonstigen öffentlichen Stellen und Versicherungsgesellschaften Auskünfte einzuholen, Unterlagen zu beschaffen und dort Einsicht in das Register zu nehmen. Ergänzend gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Bank (AGB). Die AGB können in den Geschäftsräumen der Bank eingesehen werden, auf Verlangen werden sie ausgehändigt.

Ort, Datum _____ Unterschrift Darlehensnehmer (1) _____ Unterschrift Darlehensnehmer (2) _____

Preisaushang (Stand: 01.03.2018)
der Süddeutschen Handelsbank AG

Auszug der Regelsätze im standardisierten Privatkundengeschäft sowie im kartengestützten Zahlungsverkehr für Privatkunden der Süddeutschen Handelsbank AG, Proximus-Allee 7-9, 80333 München

Privat-/ Girokonten
Überziehungskredit

▪ Zinssatz für Guthaben (Sichteinlagen)	0,00 %
▪ Sollzinssatz für Dispositionskredit	8,40 %
▪ Sollzinssatz für sonstige Kontoüberziehungen ¹⁾	13,00 %

SDH-Konto inkl. SDH-BankCard Grundpreis
pro Monat
2,00 €

Darin enthalten

- Auszahlung/Einzahlung an Automaten der SDH Bank
- Überweisungen in Selbstbedienung oder per Online-Banking inkl. Daueraufträge
- Kontoauszug in Selbstbedienung
- Bareinzahlungen

Weitere Preise

▪ Beleghaft erteilte Buchungen (z. B. Überweisungen Inland, EU-Standard, Lastschriften)	0,50 €
▪ Kontoauszug per Postversand	0,80 €
▪ sonstige Buchungsposten	0,25 €

1) Kontoüberziehung ist die vorübergehende Überziehung des laufenden Kontos ohne zugesagte Dispositionslinie oder über die zugesagte Dispositionslinie hinaus.

Karten	SDH-BankCard	pro Jahr	0,00 €
	SDH Visa Card/Master Card	Hauptkarte/-Zusatzkarte	pro Jahr 24,00 €/12,00 €

Allgemeine Zahlungsverkehrsleistungen

Barauszahlung an eigene Kunden	Kasse	Geldautomat
SDH-Visa Card/Master Card, SDH-BankCard	0,00 €	0,00 €

Barauszahlung am Geldautomaten an fremde Kunden

inländischer Kreditinstitute	2,55 €
ausländischer Kreditinstitute	4,55 €

Bareinzahlung zugunsten Dritter

auf Konten bei der Süddeutschen Handelsbank	0,00 €
auf Konten anderer Banken	2,50 €

Sparkonten Zinssatz für Spareinlagen

▪ mit dreimonatiger Kündigungsfrist	0,10 %
▪ mit einjähriger Kündigungsfrist (gilt nur für bestehende Verträge)	0,25 %
▪ mit zweijähriger Kündigungsfrist (gilt nur für bestehende Verträge)	0,30 %
▪ mit fünfjähriger Kündigungsfrist (gilt nur für bestehende Verträge)	0,40 %

Vorschusszins: Für die vorzeitige Rückzahlung von Spareinlagen sind Vorschusszinsen in Höhe von einem Viertel des jeweils für die betreffende Spareinlage geltenden Zinssatzes bis zum Ablauf der Kündigungsfrist zu entrichten. Von Spareinlagen mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist können - soweit nichts anderes vereinbart ist - ohne Kündigung bis zu 2.000 € für jedes Sparkonto innerhalb eines Kalendermonats abgehoben werden. Bei höheren Abhebungen werden für den 2.000 € übersteigenden Betrag für 90 Tage Vorschusszinsen berechnet.

Privatkredite	Kreditbeträge bis 50.000 €	Laufzeiten bis 84 Monate	Effektiver Jahreszins ab 3,69 %
----------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------------

Depot
An- und Verkauf (inländischer Börsen)

Aktien/Optionsscheine/verzinsliche Wertpapiere	0,50 % vom Kurswert mind. 15,00 €	
Investmentanteile	zum jeweiligen Ausgabe-/Rücknahmepreis	zzgl. /abzgl. 1,75 % vom Kurswert

Depotführung

Depotführung jährlich	25,00 €
-----------------------	---------

Mindestanlagesummen je Zahlungsweise

1/12	mindestens 25,00 € pro Fonds
1/4	mindestens 75,00 € pro Fonds
1/2	mindestens 100,00 € pro Fonds
1/1	mindestens 150,00 € pro Fonds

Einlagensicherung

Die Bank ist dem Einlagensicherungsfonds des Bundesverbandes Deutscher Banken e.V. und der Entschädigungseinrichtung Deutscher Banken GmbH angeschlossen. Näheres entnehmen Sie bitte der Internetseite der Entschädigungseinrichtung Deutscher Banken GmbH unter www.edb-banken.de.