

Neuantrag

62.033

VD-/MD-Agenturnummer

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**
(VN)

Titel, Vorname, Name

(Elternteil)

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

- angestellt öffentlicher Dienst
 selbstständig ohne Beschäftigung

Geburtsdatum

Nationalität

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Betriebsart

- männlich
 weiblich
 allein stehend
 zusammen lebend
 verheiratet

**zu versichernde
Person 1**

Titel, Vorname, Name

(Kind)

Geburtsdatum

Nationalität

- angestellt öffentlicher Dienst
 selbstständig ohne Beschäftigung

- männlich
 weiblich

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit / ggf. Kinder/Schüler

**Widerrüfliches
Bezugsrecht
für den
Todesfall**

Sofern nichts anderes vereinbart ist, sind bei Unfalltod die **gesetzlichen Erben** bezugsberechtigt.

Formloses **Beiblatt** mit weiteren Bezugsberechtigten

Abweichender Bezugsberechtigter (Vorname, Name)

Geburtsdatum

Basisinvalidität	50.000 €	inklusive der besonderen Leistungen:					
Leistung bei Vollinvalidität	175.000 €	- Zeckenbiss, Borreliose, Impfschäden					
Progression	350%	- Gipsgeld, Vorschussleistung bei schwerwiegender Verletzung					
Todesfallleistung	5.000 €	- Zusätzliche Invaliditätsleistung bei Schädelhirntrauma nach einem Unfall trotz Tragen eines Helmes					
Kosmetische Operationen	20.000 €	- Reha-Management inklusive u.v.m.					
Bergungskosten	20.000 €	Empfehlung					
		Variante 1	Variante 2	Variante 3	Variante 4	Variante 5	Variante 6
lebenslange UnfallrentePlus (monatlich in €) Unfallrente, Organrente, Krebsrente, Grundfähigkeitsrente, Pflegerente		keine Rente	500 € monatlich	700 € monatlich	1.000 € monatlich	1.500 € monatlich	2.000 € monatlich
Jahresbeitrag inkl. Steuern	33,00 €	100,03 €	127,40 €	168,48 €	236,93 €	305,39 €	
Monatsbeitrag inkl. Steuern	2,94 €	8,93 €	11,35 €	15,03 €	21,12 €	27,24 €	

Bitte wählen Sie: →

Die genannten Beiträge beinhalten die gesetzliche Versicherungssteuer von 19% und einen Dauernachlass von 5 % für einen 5-Jahresvertrag. Dieser Vertrag kann nach Ablauf von 3 Jahren gekündigt werden sowie bei einer Beitragserhöhung. Entscheiden Sie sich für einen 1-Jahres Vertrag, erhöht sich der Beitrag um den gewährten Dauernachlass von 5 %.

**Beginn und
Dauer der
Versicherung**

Versicherungsbeginn (12.00 Uhr)
Tag der Änderung

Versicherungsablauf (12.00 Uhr)
Hauptfälligkeit

Der Versicherungsvertrag wird zunächst für die vereinbarte Dauer abgeschlossen. Er verlängert sich danach stillschweigend von Jahr zu Jahr, sofern er **nicht** fristgerecht gekündigt wird.

Zahlweise

- jährlich 1/2-jährlich (3 % Zuschlag *) 1/4-jährlich (5 % Zuschlag *) monatlich - **nur mit LSV** (7 % Zuschlag *) * Effektivzins siehe "Sonstige Hinweise"

**Einzugs-
ermächtigung**
(LSV)

Die jeweils fälligen Beiträge sollen bis auf Widerruf von folgendem Konto abgebucht werden: wie bisher

Kontonummer

Kontoinhaber (Vorname, Name – falls nicht mit Antragsteller identisch)

Bankleitzahl

Geldinstitut (Name und Ort)

**Angaben zum
Gesundheits-
zustand**

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und richtig. **Unrichtige Beantwortung oder arglistiges Verschweigen kann** die Gothaer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen.

- 1.** Hat die zu versichernde Person in den letzten fünf Jahren Unfälle erlitten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machten?
2. Wurde oder wird eine der zu versichernden Personen in den letzten fünf Jahren wegen einer schweren Erkrankung ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?
Schwere Erkrankungen sind: – Erkrankungen, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machen
 – Erkrankungen, die eine Schwerbehinderung zur Folge haben
 – Erkrankungen, die eine regelmäßige Behandlung oder Medikamenteneinnahme erforderlich machen

Person 1 Ja Nein **Person 1** Ja Nein

Ergänzende Angaben zu den mit "ja" beantworteten Fragen

Frage	Genauere Krankheitsbezeichnung (Diagnosen) Art der Beschwerden, Behandlungen, Operationen Untersuchungen.	Wiederholt aufgetreten?		Behandlungs-/ beschwerdefrei?			Operationen?		Name und Anschrift der Heilbehandler, Krankenanstalten, Sanatorien
		nein	ja	nein	ja	seit	nein	ja	
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sofern der vorgesehene Raum für die Angaben nicht ausreicht, sind diese auf einem gesonderten und unterschriebenen Blatt zu machen oder das Beiblatt "Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand" 111377 auszufüllen und beizufügen.

Gesondertes Beiblatt? nein ja

Vorversicherungen
(Weiterer bzw. früherer Versicherungs-schutz)

Bestehen, bestanden oder wurden Unfall (UV)-, Krankenhaustagegeld- (KHT) oder Tagesgeldversicherungen (KT) beantragt?

VP	nein	UV	KHT	KT	Gesellschaft (VU)	Versicherungsnummer	von-bis	abgelehnt am	VU	VN
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aufhebung von Verträgen

Folgende bei der Gothaer bestehende Risiko-Unfallversicherungen sind aufzuheben: _____

Kommunikationsdaten

Ich bin **jederzeit widerruflich** damit einverstanden, dass mir schriftlich (auch per E-Mail oder Telefax) und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der Gothaer und von den mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen gegeben werden. **Einverständnis:** nein ja

(freiwillige Angaben)

Telefonnummer _____ **Telefaxnummer** _____ **E-Mailadresse** _____

Empfangsbekanntnis

Ich bestätige, dass ich die Verbraucherinformationen und die aufgeführten sowie ggf. angekreuzten Versicherungsbedingungen vor Antragstellung erhalten habe.
 Gothaer Unfallversicherung (GUB2010) Stand **0113**

Ort, Datum **Unterschrift des Antragstellers zum Empfangsbekanntnis**

Schluss-erklärungen und Unterschriften

Die auf der **nächsten Seite** beschriebenen Erklärungen und wichtigen Hinweise **habe ich zur Kenntnis genommen**. Diese Erklärungen enthalten unter anderem die **Behlehung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und über das Widerrufsrecht** sowie die Erläuterungen zur **Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz**; sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrags**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „**Erklärungen und wichtige Hinweise**“ zum Inhalt dieses Antrags. Ich halte mich an meinen Antrag **einen Monat gebunden**. Mein **Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt**. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Unterschriften der zu versichernden Personen (Bei Minderjährigen: Gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum _____ **Kontoinhaber** _____ **Antragsteller/Versicherungsnehmer** _____

 Kommunikationsdaten des Vermittlers (Telefon-/Telefaxnummer, E-Mailadresse des Vermittlers) **Vermittler** (ggf. mit Stempel)

Angaben zum Gesundheitszustand, wenn monatliche UnfallrentePlus gewünscht:

Körpergröße Ihres Kindes: _____ cm

Körpergewicht Ihres Kindes: _____ kg

Hat Ihr Kind in den letzten 24 Monaten geraucht (einschließlich e-Zigaretten)? ja nein

Besteht bei Ihrem Kind oder wurden festgestellt

- dauerhafte Beeinträchtigungen (z: B. Bewegungseinschränkungen, Lähmungen, ständige oder wiederkehrende Schmerzen, nicht mit Brille / Hörgerät ausgleichbare Seh- oder Hörstörung, usw) ja nein
- eine Pflegestufe ja nein
- eine HIV-Infektion ja nein

Wurde Ihr Kind in den letzten 5 Jahren wegen der gleichen Erkrankung mindestens in einem Jahr dreimal ärztlich beraten, untersucht oder behandelt (einschließlich Verordnung von Medikamenten, Hilfsmitteln, Krankschreibung usw.) oder wurde Ihr Kind operiert oder fand ein stationärer Aufenthalt statt (Krankenhaus, Rehaklinik) ja nein

Wurde Ihr Kind in den letzten 10 Jahren wegen eines Gehirntumors, eines bösartigen Tumors, einer psychischen oder einer neurologischen Erkrankung ärztlich beraten, untersucht oder behandelt? ja nein

Der Beitrag zur Unfallversicherung gilt vorbehaltlich der Gesundheitsprüfung und der Annahme des Antrages durch die Versicherung.

Erklärungen und wichtige Hinweise

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie haben uns als Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung **die Ihnen bekannten Gefahrumstände**, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit Ihnen und dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir schriftlich oder in Textform gefragt haben, **wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen**. Dies gilt nicht nur, wenn Sie den Antrag selbst ausfüllen, sondern **auch dann, wenn ein Dritter** (z. B. der Vermittler) in Ihrem Namen **den Antrag ausfüllt**. Verletzen Sie diese Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. **In diesem Fall** haben wir das **Recht**, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat **zu kündigen**.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn 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 – bei einer von Ihnen nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode – Vertragsbestandteil.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ein, dass die Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Köln (kurz Gothaer) 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 Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Gothaer und die mit ihr konzernmäßig verbundenen Unternehmen und Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben. 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 weiterhin 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.

Diese Einwilligungen gelten nur, wenn ich vor Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung - als Bestandteil der mir vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen - Kenntnis nehmen konnte.

Versicherungsfähigkeit Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung [Ziffer 6 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen – (GUB 2010)].

Neu- und Ersatzversicherungen Bei Neuversicherungen und Nachträgen, die eine Erweiterung des Versicherungsschutzes zum Inhalt haben, tritt der Versicherungsschutz nach unverzüglicher Entrichtung des vollen Einlösungsbeitrages mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt in Kraft.

Mitversicherte Kinder Der für mitversicherte Kinder vereinbarte Beitrag gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarifs des Versicherers für Erwachsene gibt.

Gefahrengruppen **A:** Alle erwachsenen Personen ohne körperliche Berufstätigkeit.
B: Alle erwachsenen Personen mit körperlicher Berufstätigkeit, auch wenn nur gelegentlich.
K: Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
S: Senioren ab dem vollendeten 65. Lebensjahr.

Integralfranchise Führt ein Unfall im Sinne der Ziffern 1.3 bzw. 1.4 der Gothaer Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2010) nach der Ziffer 2.1 GUB 2010 unter Berücksichtigung der Ziffer 5 GUB 2010 zu einem Invaliditätsgrad von weniger als 26 %, so besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung. Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von mindestens 26 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

Versicherungsumfang Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle des täglichen Lebens, rund um die Uhr, innerhalb und außerhalb der beruflichen Tätigkeit.

Beitragsfreie Versicherungsleistungen Bergungskosten 10.000 EUR
Kosmetische Operationen 10.000 EUR

Abkürzungen GG = Gefahrengruppe / VSU = Versicherungssumme / BS = Beitragssatz oder Beitrag

Sonstige Hinweise Für die **Aufnahme des Antrags** fallen **keine gesonderten Gebühren oder Kosten** an. Lastschrift-Rückläufergebühren und Kosten eines Mahnverfahrens werden geltend gemacht. **Jährlicher Effektivzins bei unterjähriger Zahlweise:** 3% Zuschlag=12,75% bei 1/2-jährlich / 5% Zuschlag=14,10% bei 1/4-jährlich / 7% Zuschlag=16,14% bei monatlich

Benachrichtigung im Schadenfall **Benachrichtigen Sie sofort** Ihren persönlichen Betreuer oder melden Sie den Schaden telefonisch über das Gothaer SchadenService-Telefon 030 5508-81508 – Gothaer SchadenService Center GmbH, Postfach 700508, 10325 Berlin – und sorgen Sie für **weitestgehende Schadenminderung**. **Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies innerhalb von 48 Stunden** – an die Telefaxnummer 0221 308-33197 – **anzuzeigen**. Auch dann, wenn der Unfall bereits anderweitig gemeldet wurde.

Ansprechpartner/ Aufsichtsbehörde/ Schlichtungsstelle Ihren Ansprechpartner im Außendienst und Ihre Kundenbetreuer in unseren Außenstellen oder der Hauptverwaltung entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein/ Nachtrag zum Versicherungsschein oder dem jeweiligen Korrespondenzbrief. Die Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstellen zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten entnehmen Sie bitte den Ihnen vor Antragstellung ausgehändigten Kundeninformationen.

Vertragsgrundlagen Die gegenseitigen **Rechte und Pflichten** richten sich nach diesem Antrag, von dem mir **bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie** ausgehändigt wird, eventuell dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den genannten Versicherungsbedingungen und Kundeninformationen, einschließlich der Tarif- und Leistungsbeschreibungen, die mir vor Antragstellung ausgehändigt wurden. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.

Widerrufsrecht Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln.

• Widerrufsfolgen • Besondere Hinweise

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs**. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. **Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn** der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

Gesellschaft	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Postanschrift	50598 Köln
Sitz	Gothaer Allee 1, 50969 Köln (Hausanschrift)	Rechtsform	Aktiengesellschaft
Aufsichtsrat	Dr. Roland Schulz (Vorsitzender)	Registergericht	Amtsgericht Köln, HRB 21433
Vorstand	Thomas Leicht (Vorsitzender), Dr. Werner Görg, Dr. Helmut Hofmeier, Michael Kurtenbach, Jürgen Meisch, Dr. Hartmut Nickel-Waninger, Oliver Schoeller	USt-IdNr	DE122786654
Kontoverbindung	Landesbank Berlin AG, Berlin (BLZ 10050000), Konto-Nr. 6632040738	SWIFT/BIC / IBAN	BELADEBE / DE65100500006632040738

SEPA-Lastschrift-Mandat



Antwort: Gothaer Versicherungsbank VVaG, 50598 Köln

Hinweise Bitte **alle Felder** zur **Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen**.
Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem **Merkblatt** enthalten, das Sie **von Ihrem Geldinstitut** erhalten.
Sie können **innerhalb von 8 Wochen**, beginnend mit dem Belastungsdatum, **die Erstattung des belasteten Betrages verlangen**.
Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben zum Zahlungsempfänger Gothaer Versicherungsbank VVaG Gläubiger ID DE43ZZZ00000070199
Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Mandatsreferenz _____ Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.

Verwendungszweck _____
Versicherungsschein-/ Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Datum erster Einzug/ Gültig ab _____

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen Name, Vorname _____
Straße und Hausnummer _____
Land _____ PLZ _____ Ort _____

IBAN (Internationale Bankkontonummer) _____

BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts) _____ **Name des Geldinstituts** _____

Ort, Datum und Unterschriften Ort _____ **Datum** _____ **Unterschrift des Zahlungspflichtigen** _____ Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen _____

Zur Information **Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.**

Bei abweichen dem Beitragszahler _____ Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.
Name des Versicherungsnehmers _____

Neukunde
 Bestandskunde

Angaben zum Kunden

_____ 62.033
Antragszuordnung (Versicherungsnummer oder Antragskennung) VD-/Agenturnummer

Name des Unternehmens und Rechtsform (bei Selbstständigen/Unternehmen)

Titel, Vorname, Name männlich

Straße und Hausnummer weiblich

Staat Postleitzahl Ort

Geburtsdatum Nationalität ledig* allein lebend* verheiratet* häusliche Gemeinschaft* Anzahl Kinder*

derzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit/Branche/Betriebsart angestellt* freiberuflich* gewerbetreibend* * freiwillige Angaben
 beamtet* öffentlicher Dienst* ohne Beschäftigung*

Euro

Umsatz* (bei Selbstständigen/Unternehmen)

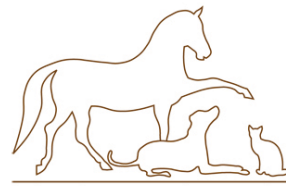
Gesprächs-anlass Neugeschäft
Bedarfs-ermittlung Abschluss einer Reiterunfallversicherung exklusiv für Kunden.
Produktgeber 24 Stunden weltweiter Versicherungsschutz für alle Unfälle des Lebens. Schäden durch Eigenbewegung und erhöhte Kraftanstrengung sind u. a. mitversichert. Der Kunde wählt den Versicherungsschutz selbst.

Empfehlung Aufgrund der vom Kunden gemachten Angaben und meiner darauf gestützten Analyse empfehle ich folgende Versicherungslösung (Produkte):
Der Einschluss der lebenslangen Unfallrente wird empfohlen, da sie die laufenden Lebenserhaltungskosten mit abfängt.
Begründung:
Empfohlene Versicherung entspricht dem Wunsch des Kunden und ergibt sich in den Einzelheiten aus dem Antrag

- Der Kunde entscheidet sich wie vom Vermittler empfohlen.
- Dem Kunden wurde das Beratungsprotokoll ausgehändigt.
- Dem Kunden wurden die Statusangaben des Vermittlers ausgehändigt.

Im Übrigen gelten die Angaben des Kunden/Versicherungsnehmers im Antrag.

Unterschriften Schönefeld / OT Waltersdorf, _____
Ort, Datum **Unterschrift des Kunden** _____ **Unterschrift des Vermittlers** _____



Per Post bitte an:

Generalagentur Peter Tytkowski

Titel, Vorname, Name

Lilienthalstr. 8

Straße und Hausnummer

12529 Schönefeld

Postleitzahl, Ort

Versicherungsnummer

62.033

Vermittlernummer

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die mich betreuende Gothaer-Agentur

pferd-versichert / Generalagentur Peter Tytkowski

und deren Mitarbeiter sowie die Gothaer Versicherungsbank VVaG, die Gothaer Allgemeine Versicherung AG, die Gothaer Lebensversicherung AG und die Gothaer Krankenversicherung AG mich zwecks Information über aktuelle Versicherungs- und Finanzdienstleistungsprodukte der oben genannten Gesellschaften und ihrer Kooperationspartner (derzeit: Roland Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Uelzener Allgemeine Versicherungsgesellschaft a.G., Aachener Bausparkasse AG) sowie zur Vereinbarung persönlicher Beratungstermine **per**

Telefon **Telefax** **E-Mail** **SMS/MMS** **kontaktieren können.**

**Name und
Anschrift**

Titel, Vorname, Name

männlich

weiblich

Straße und Hausnummer

Staat

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Kommunikationsdaten

Telefon privat

Telefon mobil

Telefax

E-Mail

Ich kann meine Einverständniserklärung jederzeit formfrei widerrufen. Dies z. B. per E-Mail an

info@pferd-versichert.de

Ort, Datum

Unterschrift