



## Antrag Betriebsunterbrechungsversicherung für Handelsagenten

Neuantrag  Vertragsumstellung zu Pol.Nr.:

Versicherungsnehmer Titel, Zuname, Vorname		Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Beruf bzw. Tätigkeitsbeschreibung: <b>Handelsagent</b>
Ort, Straße/Haus-Nr.		Postleitzahl	Namen der mitversicherten Privatpersonen	
Inkassoadresse (Anschrift) – nur ausfüllen, wenn von der Adresse des Versicherungsnehmers abweichend				
Beginn (0Uhr)	Ablauf (0Uhr)	* Monatliche Zahlungsweise ist nur bei Bankabbuchung möglich!	<b>Zahlungsart:</b> <input type="checkbox"/> Zahlschein <input type="checkbox"/> Bankabbuchung	<input type="checkbox"/> monatlich * <input type="checkbox"/> vierteljährlich
			<b>Zahlungsweise:</b> <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> jährlich	

### RAHMENVEREINBARUNG FÜR HANDELSAGENTEN

<input type="checkbox"/> <b>Basis-Schutz</b>	<b>Versicherungssumme</b> <input type="checkbox"/> € 36.000.- <input type="checkbox"/> € 54.000.- <input type="checkbox"/> € 90.000.- <input type="checkbox"/> _____ <b>Deckungsumfang</b> • Haftungszeit 12 Monate • Taxenvereinbarung (Fixe Vereinbarung der Entschädigungsleistung) • Karenzzeit 21 Tage • Entfall der Karenzfrist • Startrabatt • Prozentuelle Entschädigung <b>Prämienfreie Deckungserweiterung</b> • Taxenvereinbarung (Unterversicherungsverzicht) • Haftungszeiterweiterung • Schwangerschaftsbeschwerden • Rückholkosten • Pauschalentschädigung • Kletter- und Tauchunfälle	<table border="1"> <tr> <th>bis 50. LJ</th> <th>ab 51. LJ</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> € 432.-</td> <td><input type="checkbox"/> € 504.-</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> € 648.-</td> <td><input type="checkbox"/> € 756.-</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> € 1080.-</td> <td><input type="checkbox"/> € 1260.-</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> _____</td> <td><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> </table>	bis 50. LJ	ab 51. LJ	<input type="checkbox"/> € 432.-	<input type="checkbox"/> € 504.-	<input type="checkbox"/> € 648.-	<input type="checkbox"/> € 756.-	<input type="checkbox"/> € 1080.-	<input type="checkbox"/> € 1260.-	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
bis 50. LJ	ab 51. LJ											
<input type="checkbox"/> € 432.-	<input type="checkbox"/> € 504.-											
<input type="checkbox"/> € 648.-	<input type="checkbox"/> € 756.-											
<input type="checkbox"/> € 1080.-	<input type="checkbox"/> € 1260.-											
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____											
<input type="checkbox"/> <b>Erweiterung 1</b>	<b>Elementarschäden</b> • Versichert sind Gefahren durch Brand, Blitzschlag, Explosion, Flugzeugabsturz, Einbruchdiebstahl, Vandalismus, Leitungswasser und Elementarereignisse	+ 10% Zuschlag										
<input type="checkbox"/> <b>Erweiterung 2</b>	<b>Kündungsverzicht</b> • Der Versicherer verzichtet auf die Ausübung seines ihm zustehenden Kündigungsrechtes bei Vorliegen schwerer Erkrankungen (laut Sondervereinbarung) im Schadensfall	+ 20% Zuschlag										
<input type="checkbox"/> <b>Erweiterung 3</b>	<b>Einschränkung der Karenzzeit auf 14 Tage</b>	+ 18% Zuschlag										
<input type="checkbox"/> <b>Erweiterung 4</b>	<b>Ausdehnung der Karenzzeit auf 28 Tage</b>	- 15% Nachlass										
<input type="checkbox"/> <b>Erweiterung 5</b>	<b>Schadensfreiheitsnachlass</b> • Besteht zum Zeitpunkt der Antragsstellung ein gleichwertiger Vorvertrag mit mindestens 3-jähriger Schadensfreiheit, so wird ein 10%iger Nachlass auf die errechnete Endprämie gewährt	- 10% Nachlass										

Genauer Deckungsumfang laut Rahmenvereinbarung bzw. Verkaufsprospekt

**Gesamtjahresbruttoprämie inkl. Versicherungssteuer**

### Abbuchungsauftrag für Lastschriften:

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen:	Kontoführende Bank:	Bankleitzahl:	Kontonummer:
---	---------------------	---------------	--------------

Der Antragsteller ermächtigt die kontoführende Bank widerruflich, die zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten seines Kontos einzuziehen/abzubuchen. Der Antragsteller hat das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungsdatum ohne Angaben von Gründen die Rückbuchung bei der Bank zu veranlassen.

Ort, Datum	<b>Unterschrift des Antragstellers:</b> .....X.....
------------	--

Vermittler	Vermittler
Vermittlerkonto Nr.:	Vermittlerkonto Nr.:



**Allgemeine Fragen**

Umsatzsteuer: Der Antragssteller ist hinsichtlich der zu versichernden Sachen zum Vorsteuerabzug berechtigt.	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teilweise:	%
Bestehen für die zu versichernden Personen oder Sachen noch andere Versicherungsverträge, oder haben Sie welche beantragt? Wenn ja, Versicherer, Polizzennummer:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Haben sich aus den beantragen Risiken bereits Schäden ereignet? Wenn ja, Datum, Ursache, Entschädigung durch, Betrag:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Haben Krankheiten, Unfälle oder Operationen bereits zu einer Unterbrechung der Arbeitsfähigkeit geführt? Wenn ja, Datum, Ursache, genaue Bezeichnung, Diagnose: ausgeheilt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein seit: Betrag:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		
Wurde jemals gleichartige Anträge von einem Versicherer abgelehnt, mit Erschwerung angenommen, zurückgestellt oder ein bestehender Vertrag gekündigt? Wenn ja, Versicherer, Polizzennummer:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja		

**Risikofragen**

Gehen Sie anderen Beschäftigungen nach bzw. stehen Sie in einem weiteren Dienstverhältnis? Wenn ja, Art der Beschäftigung, des Dienstverhältnisses; Anzahl der Wochenstunden:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Haben Sie Büroräumlichkeiten bzw. ein Geschäftslokal	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Ist Ihr Büro Bestandteil Ihrer Wohnung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

**Gesundheitsfragen**

Leiden Sie derzeit bzw. litten Sie an <b>Erkrankungen</b> oder <b>Beschwerden</b> oder hatten Sie <b>Operationen</b> :					
1	Des Herzens bzw. der Kreislauforgane (z.B. Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	10	Des Stoffwechselsystems (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfette) oder der Drüsen (z.B. Schilddrüsen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2	der Atmungsorgane (z.B. wiederholte Bronchitis, Asthma);	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	11	Der weiblichen Organe (z.B. der Brust oder der Unterleibsorgane)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3	Der Verdauungsorgane, des Magens oder des Darms (z.B. Gastritis, Geschwüre), der Galle, der Leber oder Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	12	Haben Sie Unfälle Verletzungen oder Vergiftungen erlitten, die eine ärztliche Behandlung erforderten? Wenn ja, wann? Welcher Art?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4	Der Niere, des Harnweges (z.B. Steinleiden) oder der Geschlechtsorgane	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	13	Sind Sie Invalid? Wenn ja, seit wann? Ursache? Welcher Art?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
5	Des Gehirnes, des Nervensystems oder Psyche (z.B. häufige Kopfschmerzen, Schwindel, Lähmungen, Epilepsie, Depressionen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	14	Ist eine Operation vorgesehen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
6	Der Sinnesorgane (z.B. der Augen oder Ohren)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	15	Haben Sie sich einer Entziehungskur unterzogen? Oder haben Sie eine solche geplant?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
7	Des Blutes oder Immunsystems (z.B. Infektionskrankheiten, Aids)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	16	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
8	Der Haut oder der Schleimhäute (z.B. Allergien)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	17	Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Medikamente bzw. Drogen? Wenn ja, welche? Von wann bis wann? Wie viel?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
9	Der Knochen, der gelenke oder der Bänder (z.B. Wirbelsäule, Ischialgie, Rheuma, Leistenbruch, Meniskus)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	18	Leiden oder litten Sie an Erkrankungen oder Beschwerden nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Detailinformationen zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen: Grund der Behandlung, Behandlungs- bzw. Nachbehandlungszeitraum, Name u. Anschrift des Behandelnden Arztes oder Spitals.					
Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Dioptrien: Links: Rechts: Körpergröße in cm Gewicht in kg Wie groß ist im Durchschnitt ihr täglicher Konsum an: Alkohol: Koffein: Nikotin:					
Betreiben Sie gefährliche Sportarten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche: Betreiben Sie Sportarten gegen Entgelt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, welche:					
Name und Adresse, Ihres Hausarztes:					

Ort, Datum	<b>Unterschrift des Antragstellers:</b>
------------	---

**Versichern, Bausparen, Leasen, Finanzieren.**