



<p><b>Premium-Schutz</b></p> <p>Bei Ausschluss des unter Ziffer 4. beschriebenen Rechtsschutzes im Vertrags- und Sachenrecht für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus schuldrechtlichen Verträgen im Zusammenhang mit dem Apothekenbetrieb berechnen wir folgende Beiträge (ohne Selbstbeteiligung im Rechtsschutzfall):</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border: none;"> <tr><td style="padding-right: 20px;">Ohne beschäftigten Personen pauschal</td><td style="text-align: right;"><b>680,00 €</b></td></tr> <tr><td>1 – 3 beschäftigten Personen pauschal</td><td style="text-align: right;"><b>707,00 €</b></td></tr> <tr><td>4 – 6 beschäftigten Personen pauschal</td><td style="text-align: right;"><b>782,00 €</b></td></tr> <tr><td>7 – 10 beschäftigten Personen pauschal</td><td style="text-align: right;"><b>1.046,00 €</b></td></tr> <tr><td>11 - 15 beschäftigten Personen pauschal</td><td style="text-align: right;"><b>1.253,00 €</b></td></tr> <tr><td>16 - 20 beschäftigten Personen pauschal</td><td style="text-align: right;"><b>1.493,00 €</b></td></tr> <tr><td>21 - 30 beschäftigten Personen pauschal</td><td style="text-align: right;"><b>1.879,00 €</b></td></tr> </table>	Ohne beschäftigten Personen pauschal	<b>680,00 €</b>	1 – 3 beschäftigten Personen pauschal	<b>707,00 €</b>	4 – 6 beschäftigten Personen pauschal	<b>782,00 €</b>	7 – 10 beschäftigten Personen pauschal	<b>1.046,00 €</b>	11 - 15 beschäftigten Personen pauschal	<b>1.253,00 €</b>	16 - 20 beschäftigten Personen pauschal	<b>1.493,00 €</b>	21 - 30 beschäftigten Personen pauschal	<b>1.879,00 €</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ohne beschäftigten Personen pauschal	<b>680,00 €</b>															
1 – 3 beschäftigten Personen pauschal	<b>707,00 €</b>															
4 – 6 beschäftigten Personen pauschal	<b>782,00 €</b>															
7 – 10 beschäftigten Personen pauschal	<b>1.046,00 €</b>															
11 - 15 beschäftigten Personen pauschal	<b>1.253,00 €</b>															
16 - 20 beschäftigten Personen pauschal	<b>1.493,00 €</b>															
21 - 30 beschäftigten Personen pauschal	<b>1.879,00 €</b>															
<p><b>Hinweis zur Beitragsberechnung:</b></p> <p>Der namentlich genannte Inhaber des Betriebes und die mittätigen Familienangehörigen bleiben bei der Ermittlung der Beschäftigtenzahl unberücksichtigt. Als 1 Beschäftigter zählen</p> <p>4 Teilzeitarbeiter (bis 30 Wochenstunden je Teilzeitkraft), 4 geringfügig Beschäftigte, 4 Aushilfen, 4 Heimarbeiter, 2 Saisonarbeiter, 2 Leiharbeiter und 2 Auszubildende.</p> <p><b>Anzahl der Beschäftigten:</b> _____</p>																
<p><b>Optionale Bausteine</b></p>																
<p>Versicherungsschutz besteht im privaten Lebensbereich für einen Apothekeninhaber. Für die Mitversicherung jedes weiteren Inhabers ist ein Zuschlag zu berechnen.</p> <p>Zuschlag je weiteren ApothekenInhaber</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>187,00</b>														
<p><b>Gesamtjahresprämie</b></p>																
<p><b>Generell keine Selbstbeteiligung im Schadensfall</b> Bei Vereinbarung einer Selbstbeteiligung vermindern sich alle oben genannten Beiträge wie folgt:</p>	<input type="checkbox"/> <b>150</b> (22,5% Sondernachlass) <input type="checkbox"/> <b>250</b> (37,5% Sondernachlass) <input type="checkbox"/> <b>500</b> (50% Sondernachlass) <input type="checkbox"/> <b>750</b> (55,0% Sondernachlass)															
<p><b>Jahresprämien</b> inklusive gesetzlicher z.Zt. gültiger Versicherungssteuer 19,0%</p>																

**Zahlungsweise:**

1/1 ohne Zuschlag     
  1/2 3% Zuschlag     
  1/4 5% Zuschlag     
  1/12 5% Zuschlag (nur mit Bankeinzug)

**Zahlungsart:**

per Rechnung     
  per Bankeinzug     
 BLZ: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

**Angaben zum vorherigen Versicherungsverhältnis:**

Bestehen - oder bestanden für den Antragssteller, den Inhaber/Geschäftsführer oder den Ehe- /Lebenspartner bereits Rechtsschutzversicherungen?  Nein  Ja

(Falls vorhanden Versicherungsscheine in Kopie beifügen)

Vorvertrag gekündigt?  Nein  Ja von:  Antragssteller  Versicherer

zum: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Anzahl der den Vorversicherern in den letzten drei Jahren gemeldeten Rechtsstreitigkeiten: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift beantrage ich den Abschluß eines Rechtsschutzversicherungsvertrages zu den für den gewählten Versicherungsschutz maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Concordia in der derzeit aktuellen Fassung. Ich kann diesen Antrag bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Verbraucherinformation widersprechen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Antragsteller ist Mitglied im Verein Deutscher Pharmazeuten und Mediziner e.V.

**Besondere Vereinbarungen:**

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Ihre Unterschrift: \_\_\_\_\_