

ApoSecura[®] Sicherheitsvorsorge

Antrag auf dynamische Unfallversicherung mit Sofortschutz

	Antragsteller / VN	Versicherer	Vermittler
Name:		Mannheimer Versicherung AG	ApoRisk[®] Antragsabteilung
Straße:		Augustaanlage 66	Ewald-Renz-Str. 1
Ort:		68165 Mannheim	76669 Bad Schönborn
Telefon:			07253. 802-1000
Fax:			07253. 802-1001

Beginn: _____ Ablauf: _____ oder bis **1. Januar** des darauffolgenden Jahres
(Mindestlaufzeit ein Jahr)

Ihre Leistungen	a.	b.	c.	d.	e.
Komfort Schutz Schutz 24h am Tag, 365 Tage im Jahr, weltweit.	Leistung bei Vollinvalidität <small>(inklusive 300% Progression)</small> 300.000,- €	monatliche Unfall-Rente lebenslang 1.000,- €	Todesfall Leistung <small>(Kinder bis 8.000 €)</small> 100.000,- €	Krankenhaus Tagegeld und Genesungsgeld 50,- €	Übergangsleistung 10.000,- €
Ihr jährlicher Beitrag <small>bei körperlicher Berufstätigkeit</small>	75,00 € <small>113,00 €</small>	38,40 € <small>57,60 €</small>	30,00 € <small>45,00 €</small>	22,50 € <small>34,00 €</small>	10,00 € <small>15,00 €</small>
für Kinder <small>(bis Vollendung des 14. Lebensjahr)</small>	45,00 €	38,40 €	1,44 €	13,50 €	6,00 €

f.	Unfallversicherung Top Besondere Bedingungen mit außerordentlichen Leistungen	Zuschlag 20% <small>(Angebote Nr. a.-e.)</small>
g.	Immunklausel (Zusatzpaket1) Erweiterter Einschluss von Infektionen mit und ohne Unfall	Zuschlag 20% auf die Prämien für Invalidität und Tod <small>(Angebote Nr. a.+c.)</small>

Pro Person sind in Höhe von 2.500,- € kosmetische Operation, 5.000,- € Bergungskosten sowie 2.500,- € Kurkosten prämienfrei mitversichert. Ab drei versicherten Personen wird ein Beitragsnachlass von 10 % eingeräumt.

Nr.	Versicherte Person/en Name, Vorname	Geburts-Datum	Berufliche Tätigkeit	Im Todesfall soll die Leistung die gesetzlichen Erben erhalten/oder
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Falls Sie weitere Personen versichern wollen, genügt ein formloses Beiblatt der Namen, des Berufs und der Geburtsdaten.

Persönliche Absicherung Ihrer Arbeitskraft Gewünschte Absicherung (Die Leistungen d+e kann nur in Verbindung mit a versichert werden.)

Nr.	a.		b.	c.	d.	e.	f.	g.	mit körperliche Berufsarbeit	Kinder Tarif	Jahresbeitrag Zuzüglich Versicherungssteuer
	einfache Leistung	doppelte Leistung									
1.	<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"/>	
2.	<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"/>	
3.	<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"/>	
4.	<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"/>	
5.	<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"/>	

Dynamik:

mit fester Prozentsatz jährlich 5% nicht gewünscht

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.: _____

Besondere Vereinbarungen:

Versicherungsschutz:

"Der Versicherungsschutz beginnt frühestens (eventuell abweichend vom beantragten Versicherungsbeginn) mit Eingang des Deckungsauftrages beim Versicherer, sofern die Fragen zu den Gesundheitsverhältnissen mit "NEIN" beantwortet wurden. Wurde eine der Fragen mit "JA" beantwortet, beginnt der Versicherungsschutz erst mit Bestätigung des Versicherers".

Gesundheitsverhältnisse:

Wurde einer der versicherten Personen in den letzten 12 Monaten wegen einer der folgenden ERKRANKUNGEN (Diabetis, Herzinfarkt, Schlaganfall; Kurzsichtigkeit von 8 und mehr Dioptrien; Alzheimer-Krankheit; Chorea-Huntington; Parkinson-Krankheit; Multiple Sklerose; Enzephalitis; Dialyse-Patienten; Morbus-Bechterew; Muskeldystrophien; AIDS-Erkrankung; Knochenkrebs; anlagebedingte, vermehrte Knochenbrüchigkeit, z.B. Osteogenesis imperfecta (sog. Glasknochenkrankheit) oder aufgrund von UNFÄLLEN, deren Folgen inzwischen nicht abgeheilt sind, ärztlich untersucht behandelt und/oder operiert?

Nein Ja

Besteht bei einer der zu versichernden Personen ein DAUERSCHADEN oder eine der oben aufgeführten ERKRANKUNGEN? Wenn ja, für wen und welche?

Nein Ja

Weitere Unfallversicherungen:

Bestanden oder bestehen für die zu versichernden Personen bereits Unfallversicherungen oder werden solche noch zusätzlich bei einer anderen Gesellschaft beantragt?

Wenn ja, für wen? Wo? Höhe der Versicherungsleistungen?

Nein Ja

Mit der Unterschrift beantrage ich den Abschluß eines Unfallversicherungsvertrages zu den für den gewählten Versicherungsschutz maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen 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.

Datum:

Ort:

Unterschrift des Antragstellers:
(Versicherungsnehmer)

_____ zu 1. versicherte Person

Unterschrift der zu versichernden Person/en bzw. gesetzliche Vertreter

_____ zu 2. versicherte Person

_____ zu 3. versicherte Person

_____ zu 4. versicherte Person

_____ zu 5. versicherte Person