



Antrag auf Gruppen-Unfallversicherung für Taxen (VdK) - Konzessionsversicherung -

Belegnummer 30422	Versicherungs-Nr.	RINR	FD-Nr.	Betreuer-Nr.
-----------------------------	-------------------	------	--------	--------------

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

ADV-Nr.	AKT	SO	Antragseingang FD	Antr.-FD	Prov. Antrags-Nr.	Ext.Nr.
---------	-----	----	-------------------	----------	-------------------	---------

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma	Name, Vorname	Geburtsdatum
1	Straße Hausnummer, PLZ Wohnort	Ausland
Berufliche Tätigkeit/Art des Betriebes Taxi-Mietwagenunternehmen		<input type="checkbox"/> Selbstständige Firma <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Gesellschafter/Geschäftsführer
2 Telefon-Nr. *	3 Telefax-Nr. *	4 E-Mail Adresse *
		5 Mobilfunk-Nr. *
* freiwillige Angaben		

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe, von den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe beauftragte Dritte und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag unter den Ziffern 1, 2, 3, 4, 5 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 den Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Beitragszahlung

Zahlungsweise monatlich 1/4-jährlich 1/2-jährlich (Nachlass 2 %) 1/1-jährlich (Nachlass 4 %)

Abruf Die Beiträge sollen bis auf Widerruf abgerufen werden. Einzelüberweisung/Dauerauftrag Die Beiträge werden in der bisherigen Weise gezahlt.

Kontonummer	Bankleitzahl	Geldinstitut, Ort
Name des Kontoinhabers, wenn Antragsteller nicht Kontoinhaber		Unterschrift (nur wenn Kontoinhaber nicht Antragsteller)
		Partner Nr. Beitragszahler

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnen und der Erstbeitrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 2-wöchigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

Vertragsdauer, beantragter Versicherungsschutz

Vertragsbeginn mittags 12 Uhr	Vertragsablauf mittags 12 Uhr	Vertragsdauer: 1 Jahr
Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.		

Belehrung zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

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 nachfolgend in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. **Bitte lesen Sie vor Beantwortung der nachfolgenden Fragen die ausführliche Belehrung auf der Seite 3 dieses Antrages, zu den Rechtsfolgen einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht.**

In meinem Unternehmen habe ich Konzessionen für Taxen/Mietwagen. Die Fahrer dieser Taxen/Mietwagen sollen nach dem beantragten Versicherungsschutz (siehe unten) **während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit** versichert werden. Ändern sich die Anzahl der Konzessionen, werde ich dies der SIGNAL IDUNA Gruppe unverzüglich mitteilen. Der Beitrag wird entsprechend dieser Änderung korrigiert.

Leistungsarten	TaxNorm in EUR	TaxPlus in EUR	TaxSuper in EUR
Invalidität mit Progression 250	25.000	35.000	45.000
Höchstleistung der Invalidität	62.500	87.500	112.500
Todesfall	10.000	15.000	25.000
Krankenhaustagegeld	10	10	10
Bergungskosten	5.000	5.000	5.000
Kosmetische Operation	5.000	5.000	5.000
Beraubungsentschädigung	250	375	500
Überfallentschädigung	500	500	500
Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung	2.500	2.500	2.500
Mehrleistung 50% bei Überfall	mitversichert	mitversichert	mitversichert
Beitrag pro Konzession (<u>ohne</u> Unfall - Rente)*	2,31	3,05	3,94
<input type="checkbox"/> Zusätzliche Unfall - Rente	250	250	250
Beitrag pro Konzession (<u>mit</u> Unfall - Rente)*	4,41	5,15	6,04

* Beiträge ohne Vers.-Steuer

Vertragsgrundlage sind die Allgemeinen Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (SIGNAL IDUNA AB GUV 2008) einschl. der Besonderen Bedingungen für die VdK Taxi Gruppen-Unfallversicherung sowie die Besonderen Bedingungen bzw. Zusatz-Bedingungen.	Gesamtbeitrag für alle angegebenen Konzessionen	EUR
	zuzüglich der zzt. gültigen Vers.-Steuer	EUR
	Gesamt-Monatsbeitrag	EUR

Direktanspruch

Die aufgeführten Arbeitnehmer sollen einen eigenen Leistungsanspruch erhalten. Besondere Vereinbarung zum Direktanspruch des versicherten Arbeitnehmers

a) Wenn die Versicherungsleistung nach einem Unfall für den Arbeitnehmer steuerfrei bleiben soll, müssen die vom Arbeitgeber gezahlten Beiträge versteuert werden. Zusätzlich muss dem Arbeitnehmer dann ein Direktanspruch auf die Leistungen eingeräumt werden.

b) Wahlweise können die Beiträge steuerfrei gehalten werden. In diesem Fall sind aber die Leistungen steuerpflichtig; zusätzlich unterliegen die Leistungen auch der Beitragspflicht in der Sozialversicherung.

Hat der Antragsteller das Feld „Direktanspruch“ angekreuzt, gilt die Möglichkeit a), bei Nichtankreuzen automatisch die Möglichkeit b).

Sondervereinbarung

Bezugsberechtigung

Sofern nichts anderes bestimmt wird, ist widerruflich bezugsberechtigt:

Beim Tode der versicherten Person:

1. der überlebende Ehegatte oder Lebenspartner, mit dem der Versicherte zum Zeitpunkt seines Ablebens verheiratet war bzw. eine eingetragene Lebensgemeinschaft unterhielt,
 2. die ehelichen und die Ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder zu gleichen Teilen,
 3. die Eltern,
 4. die Erben
- (in der Reihenfolge der Ziffern unter Ausschluss der jeweils nachfolgenden Berechtigten).

Informationen zum Vermittler

Die Informationen nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG wurden übergeben und sind von mir zur Kenntnis genommen worden.

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die nachstehende Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und die Erklärungen zum Widerrufsrecht sowie die Erklärungen und Erläuterungen auf der Seite 3. Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Ermächtigungen, die Wichtigen Hinweise und Erläuterungen zum Inhalt dieses Antrages, deren Kenntnis Sie gesondert nochmals auf der Seite 3 bestätigen.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz
 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 Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der SIGNAL IDUNA Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler/Makler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler/Makler 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 Vermittler/Makler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehen Zeitpunkt - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

Widerrufsrecht des Antragstellers

Meine Vertragserklärung kann ich ab Stellung des Antrags bis zum Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins, der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Der Widerruf ist zu richten an:

- SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG, 44121 Dortmund,

Über mein Widerrufsrecht und die Widerrufsfolgen werde ich in dem mir zugehenden Versicherungsschein nochmals ausdrücklich belehrt.

Die Antragsweitschrift habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers)

Unterschrift(en) volljährige mitversicherte Person(en)/ gesetzliche Vertreter

Empfangsbestätigung

gemäß beiliegender Empfangsbestätigung

Für den vorstehend beantragten Versicherungsschutz habe ich am die Informationsbroschüre sowie das Produktinformationsblatt und die Kundeninformation für die VdK Taxi Gruppen-Unfallversicherung der SIGNAL IDUNA Allgemeine Versicherung AG (SIGNAL IDUNA AB GUV 2008)

- Stand erhalten.

Die Unterlagen wurden mir nicht in Papierform sondern elektronisch (als Datei) zur Verfügung gestellt.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Erklärung und Unterschrift Vermittler

Ich erkläre nach § 11 (1) VersVermV und § 60 (2) VVG: Ich bin Ausschließlichkeitsvermittler Mehrfachvermittler Makler

HV Dortmund HV Hamburg

Versand über FD

ja

Verm.-Nr.

Unterschrift Vermittler

Neben einer individuellen Personalliste können auch hier die zu versichernden Fahrer aufgeführt werden:

Name, Vorname	Geb.-datum	Name, Vorname	Geb.-datum
1.	<input type="text"/>	13.	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	14.	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	15.	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	16.	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	17.	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	18.	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	19.	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	20.	<input type="text"/>
9.	<input type="text"/>	21.	<input type="text"/>
10.	<input type="text"/>	22.	<input type="text"/>
11.	<input type="text"/>	23.	<input type="text"/>
12.	<input type="text"/>	24.	<input type="text"/>

Erklärungen und Erläuterungen

Antragsteller (Bitte in Druckbuchstaben wiederholen)

Anwendbares Recht/Ombudsmann/Aufsichtsbehörde

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Versicherungsombudsmann, Postfach 080632, 10006 Berlin. Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Rechtsfolgenbelehrung nach § 19 (5) Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 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 (vorvertragliche Anzeigepflicht).

Für den Fall, dass Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, indem Sie die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, nicht oder unrichtig anzeigen, belehren wir Sie über folgende Rechtsfolgen:

Je nachdem, ob Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich, grob fahrlässig, leicht fahrlässig oder schuldlos verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, den Vertrag anpassen.

Sofern Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzen, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Außerdem ist in diesem Fall der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

Sofern Sie diese Anzeigepflicht verletzen, ohne dass Sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt haben, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Außer im Falle der vorsätzlichen Verletzung der Anzeigepflicht sind das Rücktrittsrecht und das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Der Versicherer kann in diesem Fall eine Vertragsanpassung verlangen, durch die die anderen Bedingungen bei schuldhafter Anzeigepflichtverletzung rückwirkend und bei schuldloser Anzeigepflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil werden.

Die vorgenannten Rechte stehen dem Versicherer nicht zu, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Sofern der Vertrag wegen einer arglistigen Täuschung vom Versicherer wirksam angefochten wird, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

Hinweise zur Leistungsart Invalidität

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 1 Mio. EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei der SIGNAL IDUNA Gruppe weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Wichtig

Alle späteren Änderungen der beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung zeige ich unverzüglich an.

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben. Ich kann jederzeit auf meine Kosten Abschriften der Erklärungen fordern, die ich mit Bezug auf den Versicherungsvertrag abgegeben habe. Der Vermittler ist nicht berechtigt, über die Bedeutung oder Erheblichkeit der in diesem Antrag gestellten Fragen verbindliche Erklärungen namens des Versicherers abzugeben. Die unterzeichneten Personen sind für die Richtigkeit der Antworten auch dann haftbar, wenn ein Dritter (z. B. Vermittler) die Niederschrift für sie bewirkt. – Ich verpflichte mich, alle etwaigen Veränderungen der Antragsangaben, die in der Zeit zwischen dem heutigen Tage und dem Abschluss des Vertrages (Annahme des Antrages durch den Vorstand) eintreten umgehend schriftlich anzuzeigen. – Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zur Entgegennahme mündlicher Erklärungen sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt.

Leistungsbeschreibung

Invaliditätsleistung

Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unfallbedingt dauerhaft ab einem Invaliditätsgrad von 1% beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1 SIGNAL IDUNA AB GUV 2008).

Todesfallsumme

Verstirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres an den Unfallfolgen wird die versicherte Todesfallsumme gezahlt (Ziffer 2.3 SIGNAL IDUNA AB GUV 2008).

Krankenhaustagegeld

Krankenhaustagegeld wird bis zur Dauer von drei Jahren für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich die versicherte Person wegen eines versicherten Unfalles in vollstationärer Heilbehandlung befindet. (Ziffer 2. 4 SIGNAL IDUNA AB GUV 2008).

Bergungskosten

Mitversichert sind Bergungskosten die entstanden sind durch Such-, und Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Kosten berechnet werden. (Ziffer 2.9 SIGNAL IDUNA AB GUV 2008).

Kosmetische Operation

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben (Ziffer 2.8 SIGNAL IDUNA AB GUV 2008).

Beraubungsentschädigung

Hat die versicherte Person den Verlust an Geld oder Sachen durch Raub oder räuberische Erpressung oder Ausnutzung der Wehrlosigkeit infolge eines Unfalles erlitten, wird der entstandene Verlust gegen Nachweis bis zur versicherten Höhe ersetzt (Ziffer 4 Besondere Bedingungen für die VdK Taxi Gruppen-Unfallversicherung).

Überfallentschädigung

Hat die versicherte Person einen tätlichen Angriff erlitten, der eine ärztliche Behandlung erforderlich machte, wird je Schadenfall eine Überfallentschädigung in Höhe der versicherten Summe gezahlt (Ziffer 5 Besondere Bedingungen für die VdK Taxi Gruppen-Unfallversicherung Ziffer).

Mehrleistung 50% bei Überfall

Erfolgen Leistungsauszahlungen der Leistungsarten Invalidität, Todesfallsumme oder/und des Krankenhaustagegeldes, wird eine Mehrleistung von 50% des Auszahlungsbetrag gezahlt, wenn die versicherte Person die Verletzungen auf Grund eines Überfalles erlitten hat (Ziffer 6 Besondere Bedingungen für die VdK Taxi Gruppen-Unfallversicherung).

Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

Führt ein Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) von mindestens 10 Prozent und die versicherte Person verliert aufgrund dieses Unfalles die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung, erfolgt eine pauschale Entschädigungszahlung (Ziffer 7 Besondere Bedingungen für die VdK Taxi Gruppen-Unfallversicherung).

per Post an
Unternehmensgruppe Haag GmbH
Max-Eyth-Straße 15
78194 Immendingen

per Fax an
07462 / 1408

oder per Scan an
info@unternehmensgruppe-haag-gmbh.de

Datum Unterschrift des Antragstellers (Versicherungsnehmers) Unterschrift(en) volljährige mitversicherte Person(en)/ gesetzliche Vertreter

Bearbeitungsvermerke