

Bitte fügen Sie dem Antrag zwingend eine Angebotsberechnung bei, da sonst keine Policierung erfolgen kann.

Neuantrag

Änderungsantrag zur

Versicherungsschein-Nr.

Vermittlernummer

Antragsteller (=Versicherungsnehmer)

Herr

Frau

ledig*

verheiratet*

geschieden*

verwitwet*

Name

Geburtsdatum

Falls vorhanden:

Name

Geburtsdatum

Lebenspartner

Lebenspartner

Staatsangehörigkeit*

Beruf

E-Mail

Arbeitgeber

(bzw. Dienststelle)

Fax*

Straße, Hausnummer

Telefon privat*

PLZ

Telefon dienstlich*

Ort

* die mit Stern markierten Angaben sind freiwillig.
Nichtbeantwortung beeinflusst nicht die Tarifierung.

Versicherungsdauer

Beginn: 00:00 Uhr

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen. Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung in Textform zugegangen ist.

Versicherte Personen

Name, Vorname	Geburtsdatum	Beruf	Bezugsberechtigt bei Tod (bitte Geburtsdatum angeben)
Person 1			
Person 2			
Person 3			
Person 4			
Person 5			

Prüfung der Versicherbarkeit

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4		Person 5	
Besteht bei der zu versichernden Person mindestens Pflegegrad 3 oder wurde bei ihr in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert? Suchterkrankung (Behandlung wegen Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch), Herzinfarkt, Schlaganfall, Arterielle Verschlusskrankheit, Erkrankung mit Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente (z. B. Marcumar oder Falithron); luterkrankheit, Hirnblutung, Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson, Demenz, Alzheimer, Glasknochenkrankheit, Osteoporose, Offener Rücken (Spina Bifida), Arthrose, Arthritis, Wirbelgleiten (Spondylolyse), Morbus Bechterew, Krebs, Diabetes, Sehbehinderung von -8 Dioptrien oder mehr?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Hatte die zu versichernde Person innerhalb der letzten 5 Jahre mehr als ein Unfallereignis, bei dem sie entweder stationär im Krankenhaus behandelt oder ambulant operiert wurde?	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein

Versicherte Leistungen

	Person 1			Person 2			Person 3			Person 4			Person 5		
Berufsgruppe	A	B	K	A	B	K	A	B	K	A	B	K	A	B	K
Tarife	PHÖNIX UV Exklusiv			PHÖNIX UV Exklusiv			PHÖNIX UV Exklusiv			PHÖNIX UV Exklusiv			PHÖNIX UV Exklusiv		
	PHÖNIX UV Exklusiv ohne Gesundheitsfragen			PHÖNIX UV Exklusiv ohne Gesundheitsfragen			PHÖNIX UV Exklusiv ohne Gesundheitsfragen			PHÖNIX UV Exklusiv ohne Gesundheitsfragen			PHÖNIX UV Exklusiv ohne Gesundheitsfragen		
	PHÖNIX UV Premium			PHÖNIX UV Premium			PHÖNIX UV Premium			PHÖNIX UV Premium			PHÖNIX UV Premium		
Geschlecht	m	w		m	w		m	w		m	w		m	w	
Progression (100,225, 350 oder 500)			%			%			%			%			%
Grundinvaliditätssumme			€			€			€			€			€
Leistung bei Unfalltod			€			€			€			€			€
Unfallkrankhaustagegeld/ Genesungsgeld			€			€			€			€			€
Jahresnettoprämie			€			€			€			€			€
Gesamt-Jahresnettoprämie Personen 1 – 5															€

jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich

Halbjährliche, vierteljährliche und monatliche Zahlungsweise ist nur bei Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats möglich. (siehe Seite 8 in diesem Antrag)

E-Mail des VN _____

Jährliche Erhöhung/Dynamik auf Basis der ursprünglich vereinbarten Summen: 2,5% oder 5%

Prämienberechnung

Jahresnettoprämie Versicherungssteuer (19%)
 _____ € + _____ € = _____ €

Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer (19%) Prämie gemäß Zahlweise inkl. Versicherungssteuer
 _____ € _____ €

Nebenversicherung

Bestehen für die zu versichernden Personen weitere Unfallversicherungen? Ja Nein

Wenn ja:

Gesellschaft/en Versicherungsscheinnummer Anzahl Vorschäden Invaliditätsgrad/-leistung
 _____ €

Versicherte Leistungen in der Nebenversicherung

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Grund-Invaliditätsleistung	€	€	€	€	€
Progression	%	%	%	%	%
Leistung bei Unfalltod	€	€	€	€	€
Unfallkrankenhaustagegeld/ Genesungsgeld	€	€	€	€	€
Unfallrente monatlich	€	€	€	€	€

Vorversicherung

Bestand für eine der zu versichernden Personen eine oder mehrere Vorversicherungen? Ja Nein

Wenn ja: Wer hat den Vertrag gekündigt? Versicherungsnehmer Versicherer gegenseitiges Einvernehmen

Gesellschaft/en Versicherungsscheinnummer Anzahl Vorschäden Invaliditätsgrad/-leistung
 _____ €

Versicherte Leistungen in der Vorversicherung

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Grund-Invaliditätsleistung	€	€	€	€	€
Progression	%	%	%	%	%
Leistung bei Unfalltod	€	€	€	€	€
Unfallkrankenhaustagegeld/ Genesungsgeld	€	€	€	€	€
Unfallrente monatlich	€	€	€	€	€

Bemerkungen – Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.

Wichtige Hinweise

Bitte beachten Sie unbedingt die jeweils geltenden Annahmerichtlinien!

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen.

Die Abwicklung und der Vertrieb erfolgt exklusiv über:

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH,
Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg
Telefon: 040 29 99 40-390, Telefax: 040 29 99 40-9390,
E-Mail: info@phoenix-versichert.de

Risikoträger:

INTER Allgemeine Versicherung AG
Erzbergstr. 9 – 15
68165 Mannheim

Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten

Ich willige ein, dass die INTER Allgemeine Versicherung AG zum Zwecke der Begründung und Durchführung dieses Vertrages und zur Aufgabenerfüllung im Rahmen der Kooperation meine personenbezogenen Daten einschließlich Gesundheitsdaten und nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten erheben, speichern und zur Speicherung und Verwendung zu den vorgenannten Zwecken an den jeweils anderen Kooperationspartner übermitteln darf.

Für Gesundheitsdaten sowie nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten gilt zudem folgende ergänzende Erklärung:

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag/Ihre Angebotsanfrage und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die INTER Allgemeine Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die INTER Allgemeine Versicherung AG ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. an Assistancegesellschaften, IT-Dienstleister, Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Einwilligungs- und

Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der INTER Allgemeine Versicherung AG unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- › durch die INTER Allgemeine Versicherung AG selbst (siehe die vorstehenden Einwilligungen), › im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten für den Fall Ihres Todes (siehe unter 1.),
- › bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der INTER Allgemeine Versicherung AG (siehe unter 2.) und

› wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt (siehe unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die INTER Allgemeine Versicherung AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Für den Fall meines Todes willige ich ein, dass die INTER Allgemeine Versicherung AG, soweit es für die Leistungsfallprüfung bzw. eine erneute Antragsprüfung erforderlich ist, meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die INTER Allgemeine Versicherung AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die INTER Allgemeine Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die INTER Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der INTER Allgemeine Versicherung AG

Die INTER Allgemeine Versicherung AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die INTER Allgemeine Versicherung AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel Rehabilitations-Management-Serviceleistungen und spezielle Hilfeleistungen nach einem Unfall, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung oder einer anderen

Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die INTER Allgemeine Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die INTER Allgemeine Versicherung AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die INTER Allgemeine Versicherung AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zur Zeit gültige Liste finden Sie auf Seite 4. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die INTER Allgemeine Versicherung AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die INTER Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die INTER Allgemeine Versicherung AG dies tun dürfte.

Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der INTER Allgemeine Versicherung AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die INTER Allgemeine Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben.

Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es

möglich, dass die INTER Allgemeine Versicherung AG Ihren Versicherungsantrag/die Daten zu Ihrem Versicherungsvertrag oder ihren Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die INTER Allgemeine Versicherung AG auf Grund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die INTER Allgemeine Versicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre

bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch die INTER Allgemeine Versicherung AG unterrichtet

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die INTER Allgemeine Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die INTER Allgemeine Versicherung AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die INTER Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zu Stande, speichert die INTER Allgemeine Versicherung AG Ihre im Rahmen der

Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die INTER Allgemeine Versicherung AG meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zu Stande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

4. Zusammenarbeit mit der PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH

Die INTER Allgemeine Versicherung AG arbeitet mit dem Assekuradeur PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH zusammen und hat diesem einige ihrer Aufgaben, wie etwa die Antrags- und Risikoprüfung sowie die Vertragsanlage und -verwaltung, zur Erledigung übertragen. Bei der Erfüllung der vorgenannten Aufgaben erhebt, verarbeitet und nutzt der beauftragte Assekuradeur die ihm von dem

Vermittler des Versicherungsantrages mit dem Antrag übermittelten Daten einschließlich Ihrer dort angegebenen Gesundheitsdaten. Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Gesundheitsdaten benötigt die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH die gleichen datenschutzrechtlichen Einwilligungen wie Sie sie vorstehend im Hinblick auf die INTER Allgemeine Versicherung AG erklärt haben.

Ich erkläre, dass die von mir vorstehend abgegebenen Einwilligungserklärungen auch für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch die von der INTER Allgemeine Versicherung AG mit den oben genannten Aufgaben betraute PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH gelten.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen? Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- › weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- › noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Fall der Kündigung bleiben wir für die bis zum Ablauf der Kündigungsfrist eintretenden Versicherungsfälle eintrittspflichtig. Endet das Versicherungsverhältnis durch unsere Kündigung, steht uns nur derjenige Teil des Beitrages zu, der dem Zeitraum

entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

SEPA-Lastschriftmandat

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH, Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE27ZZZ0000094446. Mit diesem Formular ermächtige ich die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH zum Lastschrifteinzug. Diese wird mich rechtzeitig vor dem Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer mitteilen.

Kontoinhaber

Name,

Vorname /Firma _____

IBAN DE _____

Straße, Hausnr. _____

BIC _____

PLZ, Ort _____

Bank _____

Ich ermächtige/wir ermächtigen die PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH wauf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Art der Zahlung ist die wiederkehrende Lastschrift.

Hinweis: Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich stimme zu, dass in Abweichung zu § 33 Abs. 1 und § 37 Abs. 2 VVG der Versicherungsschutz nicht erst beginnt und der Erstbetrag nicht erst fällig sein soll mit Ablauf der 14-tägigen Widerrufsfrist, sondern unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor dem beantragten Beginn der Versicherung.

Datum, Unterschrift Kontoinhaber

Widerrufsbelehrung für den Versicherungsnehmer und seinen Vertreter

Widerrufsbelehrung: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, 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 in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und dieser Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH, Glockengießerwall 2, 20095 Hamburg. Bei einem Widerruf per Telefax oder E-Mail ist dieser an die Faxnummer 040 29 99 40-9390 bzw. die E-Mail-Adresse info@phoenix-versichert.de zu richten.

Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dieser Anteil berechnet sich wie folgt:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit:

1/360 der Jahresprämie

1/180 der Halbjahresprämie

1/90 der Vierteljahresprämie

1/30 der Monatsprämie

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 zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise: 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. Bei Abrechnung von Verträgen über vorläufige Deckung steht Ihnen kein Widerrufsrecht zu. Über Ihr Widerrufsrecht und die Widerrufsfolgen werden Sie in dem Ihnen zugehenden Versicherungsschein nochmals ausdrücklich belehrt.

Unterschrift 1 – Antragstellung

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers, bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter oder Unterschrift seines ihn vertretenden Versicherungsmaklers

Unterschrift 2 – Empfangsbestätigung

Mit Unterschreiben dieses Antrages bestätige ich, dass ich die Unfallversicherungsbedingungen

PHÖNIX UV Exklusiv

PHÖNIX UV Exklusiv ohne Gesundheitsfragen

PHÖNIX UV Premium

sowie das Produktinformationsblatt und die Kundeninformation erhalten habe und die jeweils im Antrag geschriebene Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht, die Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) und

die Widerrufsbelehrung vor Antragsstellung ausgehändigt bekommen habe. Die genannten Informationen und die Empfangsbestätigung werden durch Ihre Unterschrift zum Inhalt des Antrages. Mit Abschluss des Versicherungsvertrages sind sie Vertragsbestandteile.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers, bei Minderjährigen der gesetzlichen Vertreter oder Unterschrift seines ihn vertretenden Versicherungsmaklers

Schlusserklärung des Versicherungsmaklers

Im Auftrag meines Mandanten beantrage ich stellvertretend die vorstehende Versicherung. Ich bestätige, dass mir die in der Empfangsbestätigung des Versicherungsnehmers genannten Unterlagen zur Verfügung standen. Des Weiteren bestätige ich, dass mir ein Maklerauftrag vorliegt, der mich

dazu legitimiert stellvertretend für den Versicherungsnehmer diese Willenserklärung abzugeben. Auf Anfrage ist der Maklerauftrag der PHÖNIX Schutzgemeinschaft Assekuradeur GmbH bzw. dem Risiko tragenden Versicherer unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

Unterschrift des Versicherungsmaklers

Ort, Datum

Unterschrift des den Antragsteller vertretenden Versicherungsmakler

PHÖNIX UNFALL Exklusiv ohne Gesundheitsfragen

LEISTUNGSART	BG	A	B	K
Grundsumme ohne Progression	je 1.000 €	0,80 €	1,43 €	0,43 €
Grundsumme 225 % Progression	je 1.000 €	0,83 €	1,44 €	0,46 €
Grundsumme 3505 % Progression	je 1.000 €	0,98 €	1,70 €	0,56 €
Grundsumme 5005 % Progression	je 1.000 €	1,18 €	1,95 €	0,57 €
Todesfalleistung	je 1.000 €	0,26 €	0,39 €	0,20 €
Unfallkrankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld	je 1 €	1,06 €	1,73 €	0,68 €
Unfallrente ab 50 %	je 10 €	1,05 €	2,19 €	0,58 €
PlusCare (Familie/Erwachsener/Kind)		208,51 €	88,50 €	43,51 €

PHÖNIX UNFALL Exklusiv mit Gesundheitsfragen

LEISTUNGSART	BG	A	B	K
Grundsumme ohne Progression	je 1.000 €	0,52 €	0,95 €	0,29 €
Grundsumme 225 % Progression	je 1.000 €	0,56 €	0,96 €	0,31 €
Grundsumme 350 % Progression	je 1.000 €	0,64 €	1,13 €	0,38 €
Grundsumme 500 % Progression	je 1.000 €	0,79 €	1,30 €	0,38 €
Todesfalleistung	je 1.000 €	0,18 €	0,26 €	0,13 €
Unfallkrankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld	je 1 €	0,70 €	1,15 €	0,45 €
Unfallrente ab 50 %	je 10 €	0,70 €	1,46 €	0,39 €
PlusCare (Familie/Erwachsener/Kind)		139,00 €	59,00 €	29,00 €

PHÖNIX UNFALL Premium mit Gesundheitsfragen

LEISTUNGSART	BG	A	B	K
Grundsumme ohne Progression	je 1.000 €	0,98 €	1,86 €	0,42 €
Grundsumme 225 % Progression	je 1.000 €	1,02 €	2,24 €	0,52 €
Grundsumme 350 % Progression	je 1.000 €	1,14 €	2,56 €	0,57 €
Grundsumme 500 % Progression	je 1.000 €	1,39 €	2,64 €	0,71 €
Todesfalleistung	je 1.000 €	0,35 €	0,43 €	0,26 €
Unfallkrankenhaus-Tagegeld / Genesungsgeld	je 1 €	0,73 €	1,33 €	0,50 €
Unfallrente ab 50 %	je 10 €	1,08 €	2,34 €	0,71 €
PlusCare (Familie/Erwachsener/Kind)		139,00 €	59,00 €	29,00 €

Altersdynamik – gültig für alle Tarifvarianten

ALTERSGRUPPE	jährliche Steigerung in %
Berufsgruppe A, 63 – 69 Jahre	+6,00 % pa.a
Berufsgruppe B, 63 – 69 Jahre	+4,00 % pa.a
70 – 90 Jahre	+9,00 % p.a.

Nachstehende Gesundheitsfragen müssen bei Antragsstellung beantwortet werden. Eine positive Beantwortung führt zu einer Ablehnung des Antrags.

- › 1. Besteht bei der zu versichernden Person mindestens Pflegegrad 3 oder wurde bei ihr in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

Suchterkrankung (Behandlung wegen Drogen-, Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch), Herzinfarkt, Schlaganfall, Arterielle Verschluss-krankheit, Erkrankung mit Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente (z. B. Marcumar oder Falithron); Bluterkrankheit,

Hirnblutung, Multiple Sklerose, Epilepsie, Parkinson, Demenz, Alzheimer, Glasknochenkrankheit, Osteoporose, Offener Rücken (Spina Bifida),

Arthrose, Arthritis, Wirbelgleiten (Spondylolyse), Morbus Bechterew, Krebs, Diabetes, Sehbehinderung von -8 Dioptrien oder mehr?

- › 2. Hatte die zu versichernde Person innerhalb der letzten 5 Jahre mehr als ein Unfallereignis, bei dem sie entweder stationär im Krankenhaus behandelt oder ambulant operiert wurde?