



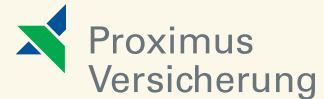
Die Versicherungsanträge der Proximus Versicherung AG

Auszug aus Proximus 3,
Versicherungsbedingungen und Tarife,
Stand 11.06.2015

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Hausrat- und Glasversicherung Hausratversicherung (VHB 2014) - Auszug Glasversicherung (AGIB 2014) - Auszug

bei der Proximus Versicherung AG



Vermittler/Vermittler-Nr.	Versicherungsschein-Nr.	Antragseingang	
		Antragsnummer	
Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder Nichtbeantwortung gelten als Verneinung .			
Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Anrede <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Besondere Anredetitel	
	Name	Geburtsname	
	Vorname	Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum
	Straße, Haus-Nr.	Geburtsort	
	Postleitzahl, Wohnort		
	Berufliche Tätigkeit (<i>genaue Bezeichnung</i>)	Branche	
	<input type="radio"/> Arbeiter <input type="radio"/> Angestellter <input type="radio"/> öffentlicher Dienst (Beamter, Angestellter, Arbeiter)		
	Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Telefon (mobil)

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die 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 der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere Vereinbarungen

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.

Allgemeine Angaben

1. Sind Sie Mieter ☐ Eigentümer ☐ einer Wohnung ☐ eines Einfamilien- /Reihenhauses ☐ oder eines Mehrfamilienhauses ☐ ?
2. Ist die Wohnung länger als 60 Tage ununterbrochen unbewohnt oder unbeaufsichtigt? ☐ nein ☐ ja
3. Handelt es sich um ☐ eine ständig bewohnte Wohnung/Einfamilienhaus ☐ eine Zweit-/Ferienwohnung in einem ständig bewohnten Gebäude ☐ eine Zweit-/Ferienwohnung in einem nicht ständig bewohnten Gebäude
- innerhalb oder außerhalb eines geschlossenen Wohngebietes? ☐ ☐

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

4. Wie wird die Wohnung genutzt? ☐ Eigennutzung ☐ Vermietung als Ferienwohnung, -haus

5. Handelt es sich um eine Wohngemeinschaft? ☐ ja ☐ nein Namen der Mitbewohner

6. ☐ Garagen außerhalb des Versicherungsgrundstückes sind vorhanden.

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Zahlungsweise

Nachlass: ☐ jährlich 5% ☐ halbjährlich 3% ☐ vierteljährlich 2% ☐ monatlich 0%

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn
- 0.00 Uhr -Versicherungsablauf
- 24.00 Uhr -

			2	0					2	0		
--	--	--	---	---	--	--	--	--	---	---	--	--

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Vorversicherungen / VorschädenBesteht oder bestand für Sie oder andere Mitglieder Ihres Haushaltes schon eine Hausrat- oder Glasversicherung? ☐ nein ☐ jaWurde die Hausrat- o. Glasversicherung gekündigt? ☐ nein ☐ ja, durch Antragsteller ☐ ja, durch VersichererVersicherer Vers.-Nummer Ablauf Sind in den letzten 5 Jahren Schäden eingetreten, auch wenn hierfür keine Leistung erfolgte? ☐ ja ☐ nein Anzahl der Schäden Schadenjahr Schadenhöhe Schadenursache Schadenjahr Schadenhöhe Schadenursache Schadenjahr Schadenhöhe Schadenursache **Hausratversicherung****Unterversicherungsverzicht** Wir verzichten, die Entschädigung wegen Unterversicherung zu kürzen, wenn die Versicherungssumme wie folgt ermittelt wird (vgl. Klausel 7712)

m² Wohnfläche (bitte immer angeben)	Mindest- Versicherungssumme	Versicherungssumme gerundet auf volle 100 €
<input type="text"/>	<input type="text" value="650 €"/>	<input type="text"/> €

Von mir frei errechnete Versicherungssumme €Tarifzone ☐ HI ☐ HII ☐ HIII ☐ HIV ☐ HV ☐ HVIGrundprämienatz
‰Zutreffendes ist anzukreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.**Erweiterungen des Versicherungsschutzes gegen Prämienzuschlag:**Prämienätze
‰☐ Wertsachen: Die Entschädigung ist begrenzt auf 20 % der Versicherungssumme.☐ Erhöhung auf (max. 50 %)☐ Klausel 7110 Mitversicherung von Fahrrädern gegen einfachen Diebstahl mit☐ 1 % ☐ 2 % ☐ 3 % ☐ 4 % oder % der Versicherungssumme☐ Klausel 7111 Mitversicherung von Überspannungsschäden durch Blitz mit % der Versicherungssumme (mindestens 5 %)☐ Gefahrerhöhung durch vorübergehendes Unbewohntsein
über die Dauer von 60 Tagen hinaus☐ Gefahrerhöhung durch feuergefährliche Betriebe innerhalb des Gebäudes☐ Klausel 7112 Datenrettungskosten☐ Einschluss weiterer Elementarschäden
(gilt nur für ständig bewohnte Wohnungen)Sind in den letzten 10 Jahren Schäden angefallen?
☐ nein ☐ ja, Schadendatum, Schadenhergang,

Schadenhöhe:

GesamtprämienatzJahresprämie in €
(Mindestprämie 35 €)Versicherungssumme € x Prämienatz ‰ €☐ Klausel 7710 Selbstbehalt: Wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von 500 € je Versicherungsfall vereinbart, reduziert sich die Tarifprämie um 20 %. - €**Gesamtprämie gemäß Zahlungsweise einschließlich Versicherungssteuer** €**Glasversicherung**

Versichert sind Gebäude- und Mobiliarverglasungen bei Bruchschäden für

Jahresprämie in €
(Mindestprämie 21 €)☐ Wohnung im Mehrfamilienhaus Wohnfläche in m² €☐ Einfamilienhaus (Einzel- oder Reihenhaushälfte) Wohnfläche in m² €☐ Sonstiges €

Erweiterungen des Versicherungsschutzes gegen Prämienzuschlag:

☐ Aquarien/Terrarien Liter Inhalt

€

Zusätzlich sind bis jeweils 500 € je Schadenfall versichert:

1. Künstlerisch bearbeitete Glasscheiben, -spiegel, -platten
2. Sonderkosten für Gerüste und Kräne
3. Beseitigung von Hindernissen wie z. B. Schutzgitter

☐ Erhöhung auf € je Schadenfall

€

☐ Sonstige versicherte Sachen/Kosten (Prämie auf Anfrage)

€

Gesamtprämie gemäß Zahlungsweise einschließlich Versicherungsteuer

€

SEPA-Lastschriftmandat –
Das Mandat für
wiederkehrende
Zahlungen

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstitutes

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Widerruf

Sie können Ihre Versicherungserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Proximus Versicherung AG.
Vorbehaltlich meines Widerrufsrechts nach § 8 VVG ist der Versicherer berechtigt, meinen Antrag bis zum Ablauf von 14 Tagen anzunehmen. Die Annahmefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

Daten-
verarbeitung

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Empfangs-
bestätigung

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden.

Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz

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 in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Datum/Unterschrift Antragsteller

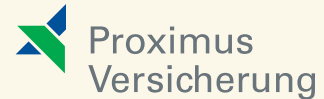
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Wohngebäude- und Glasversicherung Wohngebäudeversicherung (VGB 2014) - Auszug Glasversicherung (AGIB 2014) - Auszug

bei der Proximus Versicherung AG



Vermittler/Vermittler-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Antragseingang

Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**Anrede ☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)☐ Arbeiter ☐ Angestellter ☐ öffentlicher Dienst (Beamter, Angestellter, Arbeiter)

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

E-Mail

Besondere Anredetitel

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort

Branche

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die 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 der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.

Allgemeine Angaben

1. Vers.-Grundstück
- ☐
- wie Anschrift

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Ort und ggf. Ortsteil

2. Gebäude/Nutzungsart

ständig bewohntes

☐ Ein-/Zweifamilienhaus☐ Mehrfamilienhaus☐ Ferien-/Wochenendhaus☐ nicht ständig bewohntes Haus☐ Garagen auf dem Versicherungsgrundstück☐ sonstige Nebengebäude auf dem Versicherungsgrundstück

3. Bauart/Baujahr

☐ Normalklasse☐ Stein mit weicher Dachung☐ Fertighaus☐ Holz mit weicher Dachung☐ Holz mit harter Dachung

Baujahr

4. Gebäudeausstattung

Lw-Netz/Heizung:

☐ neu☐ Schwimmbecken☐ Klimaanlage, Wärmepumpe, Solarheizung☐ gut erhalten☐ erneuert☐ reparaturbedürftig

Dach:

☐ neu☐ gut erhalten☐ erneuert☐ reparaturbedürftig

5. Nutzung

☐ durch Eigentümer☐ durch Mieter☐ gewerbliche Teilnutzung von %**Zahlungsweise**

Nachlass:

☐ jährlich
5 %☐ halbjährlich
3 %☐ vierteljährlich
2 %☐ monatlich
0 %**Vertragsdauer**Versicherungsbeginn
- 0.00 Uhr -Versicherungsablauf
- 24.00 Uhr -

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Angaben zur Elementarversicherung (Bitte nur beantworten, wenn Elementarschäden versichert werden sollen!)

Vorschäden: Sind auf dem Versicherungsgrundstück an zu versichernden Sachen innerhalb der letzten 10 Jahre bereits Schäden angefallen, auch wenn keine Versicherung hierfür bestand? (Überschwemmungen, Rückstau, Erdbeben, Erdfall, Erdrutsch, Schneedruck, Lawinen, Vulkanausbruch)

☐ nein ☐ ja, Schadendatum, Schadenhergang, Schadenhöhe _____

Vorversicherungen / Vorschäden

Bestehen oder bestanden bereits eine Wohngebäude- oder Glasversicherung? ☐ nein ☐ ja _____

Wurde die Wohngebäude- oder Glasversicherung gekündigt? ☐ nein ☐ ja, durch Antragsteller ☐ ja, durch Versicherer

Versicherer _____ Vers.-Nummer _____ Ablauf _____

Sind in den letzten 5 Jahren Schäden eingetreten, auch wenn hierfür keine Leistung erfolgte? ☐ ja ☐ nein Anzahl der Schäden _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Wohngebäudeversicherung

Das Gebäude soll gegen folgende Gefahren versichert werden:

☐ Feuer ☐ Leitungswasser ☐ Sturm/Hagel ☐ weitere Elementargefahren

☐ Feuerrohbauversicherung, wenn das Gebäude noch nicht fertiggestellt ist; voraussichtlicher Fertigstellungstermin: _____
Das Gebäude ist für die Zeit des Rohbaus, längstens 12 Monate, prämienfrei gegen Feuer versichert.

Zutreffendes ist anzukreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

Grundprämiensätze in ‰:

☐ F _____ ☐ LW _____ ☐ St/H _____ ☐ Elementar _____ Gesamt: _____ ‰

Erweiterung des Versicherungsschutzes gegen Prämienzuschlag:

Prämiensätze

☐ Klausel 7160 Überspannungsschäden durch Blitz bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* _____ ‰

☐ Klausel 7167 Kosten für die Beseitigung von Rohrverstopfungen bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* _____ ‰

☐ Klausel 7168 Datenrettungskosten in der Privatversicherung _____ ‰

☐ Klausel 7260 Weitere Zuleitungsrohre auf dem Grundstück bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* _____ ‰

☐ Klausel 7261 Weitere Zuleitungsrohre außerhalb des Grundstücks bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* _____ ‰

☐ Klausel 7264 Weiteres Zubehör und sonstige Grundstücksbestandteile bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* _____ ‰

☐ Klausel 7361 Gebäudebeschädigungen durch unbefugte Dritte an Zwei- und Mehrfamilienhäusern bis 5 % der Versicherungssumme* _____ ‰

☐ Klausel 7362 Kosten für die Dekontamination von Erdreich bis 2 % oder _____ % der Versicherungssumme*, max. 20.000 € _____ ‰

☐ Klausel 7363 Aufräumungskosten für Bäume bis 2.000 € _____ ‰

☐ Klausel 7366 Graffiti-schäden max. 10.000 €; Selbstbeteiligung 500 € je Versicherungsfall _____ ‰

☐ weitere Klauseln (Prämien auf Anfrage): _____ ‰

*Bei der Gleitenden Neuwertversicherung: multipliziert mit dem im Zeitpunkt des Versicherungsfalles geltenden Anpassungsfaktor.

Versicherungssumme 1914 _____ Mark x Prämiensatz _____ ‰

= Jahresprämie 1914 _____ Mark x Anpassungsfaktor _____ = Jahresprämie _____ €

☐ Neubaurabatt ☐ Mehrfamilienhausrabatt ☐ Rabatt wegen Selbstbeteiligung (Klausel 7761)

Gesamtpremie gemäß Zahlungsweise einschließlich Versicherungssteuer

€

Glasversicherung Versichert sind Gebäude- und Mobiliarverglasungen bei Bruchschäden für
ein Einfamilienhaus (Einzel- oder Reihenhaushälfte) mit _____ m² Wohnfläche

_____ €

Zusätzlich sind bis jeweils 500 € je Schadenfall versichert:

- 1. Künstlerisch bearbeitete Glasscheiben, -spiegel, -platten
- 2. Sonderkosten für Gerüste und Kräne
- 3. Beseitigung von Hindernissen wie z.B. Schutzgitter

☐ Erhöhung auf _____ € je Schadenfall

_____ €

☐ Sonstige versicherte Sachen/Kosten (Prämie auf Anfrage) _____

_____ €

Gesamtprämie gemäß Zahlungsweise einschließlich Versicherungsteuer

_____ €

**SEPA-Last-
schriftmandat -
Das Mandat für
wiederkehrende
Zahlungen**

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.
Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Widerruf Sie können Ihre Versicherungserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Proximus Versicherung AG.
Vorbehaltlich meines Widerrufsrechtes nach § 8 VVG ist der Versicherer berechtigt, meinen Antrag bis zum Ablauf von 14 Tagen anzunehmen. Die Annahmefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

**Daten-
verarbeitung** Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

**Empfangs-
bestätigung** Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden.

**Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz** 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 in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Datum/Unterschrift Antragsteller
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Ermittlung der Versicherungssumme 1914 für Wohngebäude

nach Wohnfläche und Ausstattungsmerkmalen (nur für Ein- und Zweifamilienhäuser der Bauartklassen I und II oder Fertighausgruppen 1 und 2, die ausschließlich oder überwiegend Wohnzwecken dienen)



Vermittler/Vermittler-Nr.	Versicherungsschein-Nr.	Antragseingang	
		Antragsnummer	

Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Anrede <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Besondere Anredetitel	
	Name	Geburtsname	
	Vorname	Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum
	Straße, Haus-Nr.	Geburtsort	
	Postleitzahl, Wohnort		
	Berufliche Tätigkeit (<i>genaue Bezeichnung</i>)	Branche	
	<input type="radio"/> Arbeiter <input type="radio"/> Angestellter <input type="radio"/> öffentlicher Dienst (Beamter, Angestellter, Arbeiter)		
	Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Telefon (mobil)

Versicherungsgrundstück (nur angeben, wenn abweichend von der oben stehenden Anschrift)			

Ermittlung des Gebäudetyps

Auch für Reihenhäuser, Häuser in Hanglage und mit anderen als den eingezeichneten Dachneigungen. Anzukreuzen ist der am ehesten passende Gebäudetyp, wenn das Gebäude nicht eindeutig zuzuordnen ist.

Wert 1914

EG = Erdgeschoss

OG = Obergeschoss

DG = Dachgeschoss

ohne Unterkellerung						
	<input type="radio"/> Flachdach EG	<input type="radio"/> Flachdach EG+OG	<input type="radio"/> DG nicht ausgebaut EG	<input type="radio"/> DG ausgebaut EG	<input type="radio"/> DG nicht ausgebaut EG+OG	<input type="radio"/> DG ausgebaut EG+OG
Wert 1914 pro m² Wohnfläche in Mark (M)	160	160	160	140	140	130
						M
mit Unterkellerung (auch Teil- unterkellerung)						
	<input type="radio"/> Flachdach EG	<input type="radio"/> Flachdach EG+OG	<input type="radio"/> DG nicht ausgebaut EG	<input type="radio"/> DG ausgebaut EG	<input type="radio"/> DG nicht ausgebaut EG+OG	<input type="radio"/> DG ausgebaut EG+OG
Wert 1914 pro m² Wohnfläche in Mark (M)	190	190	190	165	165	150
						M
Anmerkung: Nebengebäude, weiteres Zubehör und sonstige Grundstücksbestandteile müssen Sie hier hinzurechnen.						M

Ermittlung der Bauausführungen und -ausstattungen

Der für den jeweiligen Gebäudetyp angegebene Wert berücksichtigt folgende übliche Bauausführungen und -ausstattungen:

Wert 1914

Außenwände mit gefugtem Mauerwerk, Putz, Verkleidung oder Verblendsteinen; Parkett-, Teppich- oder Fliesenböden; Doppelfenster oder Isolierverglasung; Nassräume und Küche gefliest; Bad / Dusche; Zentralheizung und zentrale Warmwasserversorgung.

	Bauausführung		Innenausbau			Installation		
	Dach	Außenwände	Decken / Wände	Fußböden	Fenster	Türen	Sanitär	Heizung
	Naturschieferdach, Kupferdach	Naturstein-, Keramik-, Kunststeinverkleidung, Handstrich-Klinker	Stuckarbeiten, Edelholzverkleidungen	Natursteinböden, Parkett- oder Teppichböden in hochwertiger Qualität	Leichtmetall- oder Holz-sprossen-fenster	Edelholztüren	hochwertige sanitäre Einrichtungen	Wärmepumpe, Solaranlagen, Fußboden- und Deckenheizung
Zuschläge Wert 1914 pro m ² Wohnfläche in Mark (M)	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6
				PVC-Böden auf Estrich	einfaches Fensterglas		ohne Bad / Dusche	Ofenheizung
Abschläge Wert 1914 pro m ² Wohnfläche in Mark (M)				<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3		<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4

Wert 1914 pro m² Wohnfläche

Summe der Werte 1914

M

Ermittlung der Versicherungssumme 1914

Wohnfläche

 m²x Wert 1914 pro m² Wohnfläche M

M

Wohnfläche Keller

 m²

x Zuschlag für Wohnflächenausbau

15 M

M

Garagen außerhalb des Wohngebäudes

☐ Keine Garage

1 Garage

2 Garagen

3 Garagen

Wert 1914 in Mark (M)

☐ 700☐ 1.400☐ 2.100

M

Versicherungssumme 1914

M

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages

bei der Proximus Lebensversicherung AG



Vermittler/Vermittler-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Antragseingang

Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**Anrede ☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ im öffentlichen Dienst

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Besondere Anredetitel

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort

Branche

Steuer-Identifikations-Nr.

(zwingend bei sofort beginnender Rente und in der Basisversorgung)

Telefon (mobil)

E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Lebensversicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die 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 der Proximus Lebensversicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.

**Zu versichernde
Person**
(nicht wieder-
holen, wenn mit
Antragsteller
identisch)Anrede ☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Straße, Haus- Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)

Besondere Anredetitel

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort

☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ im öffentlichen Dienst

Branche

**Vorsorge- und
Vermögensplan**
(bitte nur eine
Auswahl treffen)

- ☐ Basis-Rente (nachgelagert Kohortenbesteuerung der Renten)
☐ Zulagen-Rente (nachgelagert volle Besteuerung der Rente)
☐ Privatversorgung (Besteuerung der Renten mit dem Ertragsanteil)

Der beantragte Versicherungsschutz ist dem beigefügten Angebot vom zu entnehmen.**Antrag auf**
(bitte nur eine
Auswahl treffen)☐ **Fondsgebundene Rentenversicherung**

Tarif

Rentenzahlweise

☐ 1/12 ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 1/1

Versicherungsbeginn

vorgesehener Rentenbeginn

Endalter für die Beitragszahlung

 Jahre

Endalter für die Rentenzahlung

 Jahre☐ Rentenbeginnphase☐ Rentengarantiezeit Jahre

Kapitalabfindung

 €☐ **Private Rentenversicherung**

(einschließlich Basis-Rente und Zulagen-Rente)

Tarif

Rentenzahlweise

☐ 1/12 ☐ 1/4 ☐ 1/2 ☐ 1/1

Versicherungsbeginn

vorgesehener Rentenbeginn

Endalter für die Beitragszahlung

 Jahre

Endalter für die Rentenzahlung

 Jahre☐ Rentenbeginnphase☐ Rentengarantiezeit Jahre

vorgesehene Rente

 €

Kapitalabfindung

 €

Überschussverwendung	vor Rentenbeginn Anlage in den ausgewählten Fonds	nach Rentenbeginn Dynamische Gewinnrente	vor Rentenbeginn Verzinsliche Ansammlung	nach Rentenbeginn Dynamische Gewinnrente
	<input type="radio"/> sicherheitsorientiert PROXIMUS Bond Invest WKN / ISIN: MIZ61105 / DE0026112005 <input type="radio"/> renditeorientiert PROXIMUS Balance Invest WKN / ISIN: MI1104 / DE0011041980 <input type="radio"/> chancenorientiert PROXIMUS Global Invest WKN / ISIN: WIZ311 / DE0023111977	<input type="radio"/> Erhöhte Startrente		<input type="radio"/> Erhöhte Startrente
Antrag auf	○ Risikoversicherung		○ Kapitalbildende Lebensversicherung	
	Tarif	Versicherungssumme	Tarif	Versicherungssumme
	Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf	Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
	Endalter für die Versicherung	<input type="radio"/> Nichtraucher <input type="radio"/> Raucher	Endalter für die Versicherung	Endalter für die Beitragszahlung
	Jahre		Jahre	Jahre
Überschussverwendung	Beitragsverrechnung		Verzinsliche Zusammung	
Antrag auf Zusatzversicherung	<input type="radio"/> Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV)		<input type="radio"/> Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (HRZ)	
	Versicherungssumme: _____		geboren am: _____	Mitversichernde Person: _____
Dynamik	Dynamikform: AV-Anpassung entsprechend der Bedingungen für die dynamische Anpassung			
	<input type="radio"/> Abweichend lineare dynamische Anpassung mit einer gleichbleibenden Steigerung um _____ % (mind. 2 % / max. 10 %) des Beitrages <input type="radio"/> keine dynamische Anpassung gewünscht			
Beitrag	Beitragszahlung	<input type="radio"/> 1/12 <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/1 <input type="radio"/> einmalig	Beitrag gemäß Zahlungsweise	
			_____ €	
Leistungs-empfänger (bitte nur eine Verfügung treffen)	Basis-Rente		Privat- und Zulagen-Rente	
	1. Erlebensfall	2. Todesfall	1. Erlebensfall	2. Todesfall
	<input type="radio"/> Versicherungsnehmer	<input type="radio"/> Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist <input type="radio"/> Kinder, für die der versicherten Person oder deren Ehegatten Kindergeld oder ein Freibetrag nach § 32 EStG zum Zeitpunkt des Todes zustand	<input type="radio"/> Versicherungsnehmer <input type="radio"/> der Versicherte	<input type="radio"/> Versicherungsnehmer <input type="radio"/> Ehegatte, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist <input type="radio"/> eheliche bzw. gesetzlich gleichgestellte Kinder des Versicherten <input type="radio"/> Die kindergeldberechtigten Kinder nach § 32 Abs. 3 und 4 EStG <input type="radio"/> Eltern des Versicherten; falls der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist, der Ehegatte
			<input type="radio"/> eine andere Person	<input type="radio"/> eine andere Person
Gilt für die Zulagen-Rente: Die Auswahl eines Todesfallbezugsrechtes, das nicht den in gültiger in Ehe lebenden Ehepartner bzw. nicht die kindergeldberechtigten Kinder nach § 32 Abs. 3 und 4 berücksichtigt, ist zulagenschädlich.				
Antrag auf Berufsunfähigkeitsversicherung (Privatversorgung)	Tarif	garantierte monatliche BU-Rente	Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
		_____ €		
Beitrag	Beitragszahlung	<input type="radio"/> 1/12 <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/1 <input type="radio"/> einmalig	Beitrag gemäß Zahlungsweise	
			_____ €	
Leistungs-empfänger	Bezugsberechtigt bei Berufsunfähigkeit ist der Versicherte.			
Überschussverwendung	Bonussystem			

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VI)

Wird einer der nachfolgend genannten Tarife beantragt, so ist die Erklärung zur Gesundheit zwingend erforderlicher Bestandteil dieses Antrages.

- Fonds-Rente mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Konventionelle Rentenversicherung mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Risikolebensversicherung (ggf. mit Zusatzversicherung)
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten

1. Wie groß und wie schwer sind Sie? cm kg
2. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung, Behandlung und Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psycho- oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen
- a) des Herzens, des Kreislaufs, der Blutgefäße, der Atemorgane (z. B. Asthma, Allergien), des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz, der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Geschlechtsorgane? ☐ nein ☐ ja
- b) des Stoffwechsels (z. B. Diabetes/Zucker, Cholesterin, Gicht), der Schilddrüse, des Blutes, Tumor-, Bindegewebe- oder entzündliche Gelenkerkrankungen, Infektions-, Geschlechts-, Tropenkrankheiten? ☐ nein ☐ ja
- c) der Psyche, des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. Depressionen, Psychotherapien, Essstörungen, Suizidversuch)? ☐ nein ☐ ja
- d) der Sinnesorgane/Ohren, der Haut (z. B. Allergien) oder der Augen? ☐ nein ☐ ja
(ggf. Dioptrienwerte Dioptrienwert links Dioptrienwert rechts)
- e) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen? ☐ nein ☐ ja
- f) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten? ☐ nein ☐ ja
3. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt
- 3.1 im Beruf (z. B. Explosion, Strahlung)? ☐ nein ☐ ja, welchen
- 3.2 in der Freizeit (z. B. Wettfahren, Flugsport)? ☐ nein ☐ ja, welchen
4. Beabsichtigen Sie einen Aufenthalt von mehr als 2 Monaten außerhalb Europas? ☐ nein ☐ ja, wo, wann, wie lange
5. Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt? ☐ nein ☐ ja
6. Wurden Anträge zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?
☐ nein ☐ ja, Art der Versicherung, Gesellschaft; Höhe und Erschwerung

Zusätzliche Fragen bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 25.200 €

1. Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten (ohne gesetzliche Rente)? ☐ nein ☐ ja, wie hoch, woher (z. B. betriebl. Altersversorgung)
2. Wie viel Prozent Ihres Bruttoeinkommens betragen diese Renten? %

Erklärungen zum Gesundheitszustand

Bitte alle Fragen beantworten. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich nachzureichen.

Antrag

☐ ohne ärztliche Untersuchung☐ mit ärztlicher Untersuchung, veranlasst am

Informationen zur Beitragszahlung

☐ Selbstzahler (per Rechnung)☐ Antragsteller ist Beitragszahler und erteilt ein neues SEPA-Lastschriftmandat☐ Antragsteller ist Beitragszahler und bestehendes SEPA-Lastschriftmandat zu folgender Bankverbindung soll genutzt werden:IBAN BIC

Bei Basisversorgung nicht zulässig:

☐ Beitragszahler ist nicht Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu

(Bitte hier unterschreiben und angehängtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)

Beitragszahler (Name, Vorname) Datum/Unterschrift

Bankverbindung für Rentenzahlungen

Nur auszufüllen bei Abschluss einer **sofort beginnenden Rentenversicherung!**

Die Rente soll überwiesen werden an:

IBAN BIC Geldinstitut (Name und Ort) Name, Vorname (Hinweis Basisversorgung: Antragsteller und Kontoinhaber müssen identisch sein!)

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz

(nicht für Basisversorgung ausfüllen)

Wirtschaftlich Berechtigter: Der Antragsteller gibt an, er handelt:☐ auf eigene Veranlassung☐ auf Veranlassung von (falls Vertragspartner und Beitragszahler nicht identisch sind, ist von einem abweichenden wirtschaftlichen Berechtigten auszugehen)Name, Vorname Geburtsdatum Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer)

Diese Angaben sind zwingend erforderlich!

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch **(auch bei Einzugsermächtigung vom eigenen Konto des Antragstellers):**☐ PersonalausweisAusweisnummer gültig bis ausstellende Behörde ☐ Reisepass

Der Antragsteller und die zu versichernde Person versichern, dass sie die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet haben. Bei unvollständigen oder nicht wahrheitsgemäßen Angaben können wir je nach Verschulden vom Vertrag zurücktreten, den Vertrag kündigen oder anpassen und die Versicherungsleistung ganz oder teilweise verweigern. Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte der „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person geben mit Unterzeichnung dieses Antrages die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtenbindungserklärung ab.

Sie umfassen:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Proximus Lebensversicherung AG
2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Proximus Lebensversicherung AG
 - 2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 2.3 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)
 - 2.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Einwilligungen zur Bonitätsprüfung und zu Scorewerten sowie Meldung nach EStG

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an die Proximus Lebensversicherung AG.

Dieser Antrag mit dem entsprechenden Versorgungsvorschlag und ggf. die Erklärung zur Gesundheit und zur finanziellen Situation werden Bestandteile des Versicherungsvertrages.

Informationen und weitere Hinweise zu Risiken der gewählten Fondsanlage finden Sie in Ihrem Versorgungsvorschlag.

Die Widerrufsbelehrung entnehmen Sie bitte dem Abschnitt Widerrufsrecht für den Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages.

Unterschriften	Vermittler/Vermittlerin	Ort / Datum	Unterschrift Antragsteller (bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)
	Unterschrift aller mitzuversichernden Personen bezogen auf alle obigen Erläuterungen (frühestens mit Alter 14 - ggf. gesetzlicher Vertreter)		Zu versichernde und mitzuversichernde Person(en) - ggf. gesetzliche Vertreter

Bestätigung des Dokumentenerhalts	Ich habe die „Übersicht zu den Bestimmungen und Informationen zum Vertrag“ und alle dort aufgelisteten Unterlagen		
	<input type="radio"/> elektronisch	<input type="radio"/> per Datenträger	<input type="radio"/> in Papierform erhalten.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung	Ich bestätige den Erhalt der abgedruckten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen.		
	Ort / Datum	Unterschrift des Antragstellers	Zu versichernde Personen

SEPA-Lastschriftmandat - Das Mandat für wiederkehrende Zahlungen	Ich ermächtige die Proximus Lebensversicherung AG, die von der Proximus Lebensversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Lebensversicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.	
	Zahlungsempfänger: Proximus Lebensversicherung AG Gläubiger-ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	

Name, Vorname: Antragsteller	Name, Vorname: Kontoinhaber (falls vom Antragsteller abweichend)
Anschrift: Kontoinhaber	
BIC (8 oder 11 Stellen)	IBAN (22 Stellen)
Name des Kreditinstituts	
Datum/Unterschrift: Antragsteller	
Datum/Unterschrift: Kontoinhaber	

Hinweis	Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Lebensversicherung AG über den Einzug unterrichten.
----------------	---

Datenverarbeitung	Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.
--------------------------	--

Widerrufsrecht für den Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages	Gemäß § 152 VVG beträgt in der Lebensversicherung die Widerrufsfrist 30 Tage. Sie stimmen zu, dass der Versicherungsschutz zu Ihrem Vertrag bereits vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.
---	--

Empfangsbestätigung	Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.
----------------------------	--

Antrag auf Unfallversicherung für alle Tarif-Varianten

bei der Proximus Versicherung AG



Vermittler/Vermittler-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Antragseingang

Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.Antragsteller/
Versicherungs-
nehmerAnrede ☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)☐ Arbeiter ☐ Angestellter ☐ öffentlicher Dienst (Beamter, Angestellter, Arbeiter)

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

E-Mail

Besondere Anredetitel

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort

Branche

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die 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 der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere
Vereinbarungen

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.

Zu versichernde
Personen

	Vorname, Name	m	w	Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit	selbstständig	Gefahrengruppe
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
4		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
5		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B

Beantragter
Tarif

Tarif-Variante	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Beantragter
Versicherungs-
schutz

mit Zuwachs von Leistung und Prämie (Dynamik)

☐ Ich wünsche keine Dynamik Vertragsbeginn mittags 12.00 Uhr . . 20 Vertragsende mittags 12.00 Uhr . . 20

Leistungsarten	Person 1 Vers.-Summe/Prämie	Person 2 Vers.-Summe/Prämie	Person 3 Vers.-Summe/Prämie	Person 4 Vers.-Summe/Prämie	Person 5 Vers.-Summe/Prämie
Invalidität Mehrleistung 90 %					
Invalidität Mehrleistung 70 %					
Invalidität mit Progression 225					
Invalidität mit Progression 350					
Invalidität mit Progression 500					
Unfallrente 50/90					
Übergangsleistung					
Tagegeld ab 1. Tag					
Tagegeld ab 15. Tag					
Tagegeld ab 43. Tag					

Fortführung auf Seite 2

Leistungsarten	Person 1 Vers.-Summe/Prämie	Person 2 Vers.-Summe/Prämie	Person 3 Vers.-Summe/Prämie	Person 4 Vers.-Summe/Prämie	Person 5 Vers.-Summe/Prämie
Krankenhaus-Tagegeld					
Todesfallleistung					
Kosmetische Operationen					
Assistance					
Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze	25.000 € prämienfrei	25.000 € prämienfrei	25.000 € prämienfrei	25.000 € prämienfrei	25.000 € prämienfrei
Zwischensumme Prämie					
Prämienzahlung	Zwischensumme Gesamtprämie aller versicherten Personen				
*Zahlungsweise	- Personennachlass (ab 3 Personen 15 %)				
<input type="radio"/> monatlich	- Dauernachlass (3 Jahre 10 %)				
<input type="radio"/> vierteljährlich	monatliche/vierteljährliche/halbjährliche/jährliche Prämie				
<input type="radio"/> halbjährlich	+ Versicherungssteuer (19 %)				
<input type="radio"/> jährlich	Prämie entsprechend der gewünschten Zahlungsweise				

Antragsfragen Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen?

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4	Person 5
Pflegebedürftigkeit (ab Pflegestufe 1)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Psychosen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Morbus Parkinson	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Manische Depression	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Demenz	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Angeborene erhöhte Blutungsneigung (Bluter)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Glasknochenkrankheit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ausgeprägte Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sehbeeinträchtigung von mind. 6 Dioptrien	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bei Vorliegen einer dieser Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen ist eine individuelle Risikoprüfung durch die Direktion erforderlich.

**Bezugs-
berechtigung
bei Tod durch
Unfall**

Für versicherte Person* soll widerruflich bezugsberechtigt sein: Vorname, Name, Geburtsdatum

1
2
3
4
5

* Bei der Versicherung von Minderjährigen ist die gesetzliche Erbfolge zu vereinbaren oder die Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes erforderlich.

**Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz**

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 in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

**SEPA-Last-
schriftmandat -
Das Mandat für
wiederkehrende
Zahlungen**

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

**Daten-
verarbeitung**

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Widerruf

Sie können Ihre Versicherungserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Proximus Versicherung AG.
Vorbehaltlich meines Widerrufsrechtes nach § 8 VVG ist der Versicherer berechtigt, meinen Antrag bis zum Ablauf von einem Monat anzunehmen.

**Empfangs-
bestätigung**

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Datum/Unterschrift Antragsteller

(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Datum/Unterschrift versicherte Person/en
(bei Fremdversicherung)

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Abschluss einer Krankenversicherung für alle Tarif-Varianten
bei der Proximus Krankenversicherung AG

Vermittler/Vermittler-Nr.	Versicherungsschein-Nr.	Antragseingang	
		Antragsnummer	

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Anrede <input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	Besondere Anredetitel	
	Name	Geburtsname	
	Vorname	Staatsangehörigkeit	Geburtsdatum
	Straße, Haus-Nr.	Geburtsort	
	Postleitzahl, Wohnort		
Berufliche Stellung	Telefon (privat)	Telefon (geschäftlich)	Telefon (mobil) E-Mail
	Beruf	Branche	
	<input type="radio"/> Arbeitnehmer <input type="radio"/> Selbstständiger <input type="radio"/> Freiberufler <input type="radio"/> Beihilfeberechtigt (z. B. Beamter)		

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Krankenversicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine freiwilligen Kontaktdaten aus diesem Antrag 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 der Proximus Krankenversicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Angaben zu den versicherten Personen	Name, Vorname	m	w	Geburtsdatum	Berufstätigkeit	Berufliche Stellung
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
4		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Antrag Versicherungsbeginn: __. __. 20__

	Versicherungsnehmer			Person 1			Person 2			Person 3			Person 4		
	Tarif	Beitrag	Anwart- schaft	Tarif	Beitrag	Anwart- schaft	Tarif	Beitrag	Anwart- schaft	Tarif	Beitrag	Anwart- schaft	Tarif	Beitrag	Anwart- schaft
Krankheitskosten															
Ambulant															
Stationär															
Zahn															
Kompakt															
Basistarif															
Notlagentarif															
Beamte															
Ambulant / Zahn															
Stationär															
Pflege															
Pflegepflicht- versicherung															
Gesetzl. Pflege-Ergän- zung (€ / Tag)															
Pflege tagegeld (€ / Tag)															
Tagegelder															
Kranken-Tagegeld															
Krankenhaus-Tage- geld (€ / Tag)															
Weitere															
Beitrags- entlastungstarif															
Auslands- Krankenversicherung															
10 % Vorsorgebeitrag															
monatliche Beitragsrate pro Person															

Sonstige
Angaben und
Fragen

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt privater* Krankenschutz?

Person	Versicherer, Versicherungs- Nr.	von – bis	Krankheits- kosten- versicherung	mit allgemeinen Krankenhaus- leistungen	Kranken- tagegeld- Anspruch	Krankenhaus- tagegeld- Anspruch	wenn ja, Höhe
1 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
2 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt gesetzlicher Krankenversicherungsschutz?

Person	gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von – bis	freiwillig versichert	Krankengeld- Anspruch	wenn ja, Höhe
1 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
2 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine soziale Pflegeversicherung oder eine private Pflegepflichtversicherung?
(s. a. Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur Proximus Krankenversicherung AG)

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr. / gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von – bis	Nachweis beigelegt?
1 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
2 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Wird ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen (Summe der Einkünfte i. S. d. Einkommensteuerrechts, Erläuterung s. Seite 6 des Antrages) bezogen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bzw. bei geringfügiger Beschäftigung überschreitet?

Person 1 ☐ nein ☐ ja
Person 2 ☐ nein ☐ ja

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine sonstige private Pflegeversicherung?

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr.	von – bis	Tarif	ggf. Tagegeld-Höhe
1 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
2 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				

*Die Aufgabe einer bestehenden privaten Krankenversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.

Besteht Beihilfeanspruch?

Person	amb. %	stat. %	Beihilfevorschriften? Bund? Welches Land?	berücksichtigungsfähige Kinder (Anzahl)	Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge?
1 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, an wen? _____
2 <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja					<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, an wen? _____

Einzel-
versicherung

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Krankentagegeldversicherungen

Person 1 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbstständiger ☐ Freiberufler Person 2 ☐ Arbeitnehmer ☐ Selbstständiger ☐ Freiberufler

Person	Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst der letzten 12 Monate als Arbeitnehmer?	Art des selbstständigen Gewerbes / der freiberuflichen Tätigkeit? Seit wann?	Eintragung ins Handels- register / Gewerbeanmeldung? Seit wann?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?
1				
2				

Einzel-
versicherungFür Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH:
Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?

Person 1 _____ Tage / _____ Wochen

Person 2 _____ Tage / _____ Wochen

Wartezeiten

Ich beantrage, auf die Wartezeiten die angegebene ununterbrochene Dauer der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruches auf freie Heilfürsorge anzurechnen, soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind.

Person 1 ☐ nein ☐ ja
Nachweis ☐ beigelegt ☐ wird nachgereichtPerson 2 ☐ nein ☐ ja
Nachweis ☐ beigelegt ☐ wird nachgereicht

Ich beantrage, die bei folgendem privaten Krankenversicherungsunternehmen:

nachweislich ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind.

Person 1 ☐ nein ☐ ja
Nachweis ☐ beigelegt ☐ wird nachgereichtPerson 2 ☐ nein ☐ ja
Nachweis ☐ beigelegt ☐ wird nachgereicht

Ich beantrage den laut jeweiliger AVB bedingungsgemäßen Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung unter den genannten Voraussetzungen.

Person 1 ☐ nein ☐ jaPerson 2 ☐ nein ☐ ja

**Fragen zur
Gesundheit****Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller** (s. auch „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“ und „Vorversicherung“):

Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. **Reicht der Platz nicht:** Antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie in der Beitrittserklärung / im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, dies **innerhalb von 3 Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann in der Beitrittserklärung / im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Werden die gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir sogar von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist – außer bei Vorsatz – ausgeschlossen, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht zu vertreten.

Für bereits versicherte Personen brauchen Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten 5 Jahren, die durch anlässlich eines bestehenden Versicherungsvertrages eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht angegeben zu werden.

		Person 1 nein ja ▼ ▼	Person 2 nein ja ▼ ▼
1	Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
2	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
3	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
4	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
5	Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
6	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
7	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
8	Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
9	Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
10	Größe und Gewicht cm / kg	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Fragen 11-13 nur beantworten, wenn Tarife mit zahnärztlichen Leistungen beantragt werden			
11	Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
12	Findet zur Zeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angeraten worden?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
13	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähnen sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Wenn ja, Anzahl		<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Nähere Angaben
zu den Gesund-
heitsfragen
1-9 und 12,
wenn mit „ja“
beantwortet**

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (Was wurde festgestellt?), Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Behandlungen/ Beschwerden von - bis	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs- / beschwerdefrei?

Sofern Angaben zu Behandlungen / Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben:

**Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

**SEPA-Last-
schriftmandat –
Das Mandat für
wiederkehrende
Zahlungen**

Ich ermächtige die Proximus Krankenversicherung AG, die von der Proximus Krankenversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Krankenversicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Krankenversicherung AG
Gläubiger-ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Datum /Unterschrift: Antragsteller

Datum /Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Krankenversicherung AG über den Einzug unterrichten.

**Schluss-
erklärungen**

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in diesem Antrag auf deren Richtigkeit und Vollständigkeit.

- ☐ Mit meiner Unterschrift gebe ich die auf diesen Seiten abgedruckte Erklärung zur Schweigepflicht-entbindung ab. Dies gilt auch für mich (uns) als zu versichernde Person(en).
- ☐ Die auf diesen Seiten abgedruckte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen und Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht schriftlich entbinde.

Die Entscheidung für diese Alternative kann

1. die Angebotserstellung /den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.
2. zur Verzögerung der Leistungsprüfung, zur Leistungskürzung oder gar zur Leistungshaftungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Ich bin damit einverstanden, dass mir schriftlich und telefonisch Informationen über die Leistungsangebote der Proximus Krankenversicherung AG gegeben werden. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

☐ ja ☐ nein

Mit meiner Unterschrift gebe ich auch die auf diesen Seiten abgedruckten Erklärungen (unter anderem Erklärung zum Widerrufsrecht und zum Datenschutz) ab.

Vom Vermittler auszufüllen:

Wurden zu den Fragen in diesem Antrag /in dieser Beitrittserklärung Ihnen gegenüber auch Angaben gemacht, die nicht in diesem Vordruck festgehalten worden sind?

☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche?

Agentur-Nr.

Datum/Unterschrift Antragsteller

(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

**Empfangs-
bestätigung**

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Widerruf

Sie können Ihre Versicherungserklärung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Proximus Krankenversicherung AG.

Widerrufsfolgen

Üben Sie das Widerrufsrecht wirksam aus, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, haben wir Ihnen nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages zu erstatten. Die Erstattungspflicht haben wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erfüllen.

**Verantwortlich-
keit für den
Antragsinhalt**

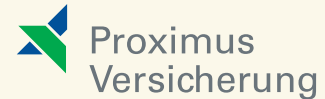
Nach § 19 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes muss ich bis zu Abgabe meiner Vertragserklärung, die mir bekannten Gefahrenumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, erheblich sind erst nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzeigen. Zu den Rechtsfolgen bei unrichtiger Beantwortung der Gesundheitsfragen verweisen wir auf die Ausführungen zu Fragen zur Gesundheit auf Seite 3 des Antrages.

Anwendbares Recht	Es gilt deutsches Recht.
Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz	<p>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 in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</p> <p>Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.</p>
Vertragssprache	Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in Deutsch erteilt.
Aufsichtsbehörde	<p>Etwaige Beschwerden können an die Proximus Krankenversicherung AG, an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 0602 22, 10052 Berlin oder an die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn – gerichtet werden.</p> <p>Schweigepflichtenbindung</p> <p>1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss</p> <p>Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.</p> <p>Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherung gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragserteilung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder eine Anfrage / einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und somit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtenbindung entsprechend - und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus</p> <p>Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der Proximus Krankenversicherung AG oder auch Rückversicherer übermittelt werden.</p> <p>Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.</p> <p>2. Prüfung der Leistungspflicht</p> <p>Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf). Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, einer Versicherungsgesellschaft der Proximus Krankenversicherung AG oder auch Rückversicherer übermittelt werden. Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können. Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.</p> <p>Erklärungen für mitversichernde Personen</p> <p>Den vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.</p>
Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Bonitätsprüfung	<p>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 an den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom zustande kommenden Vertrag sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitigen beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.</p> <p>Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Proximus Krankenversicherung AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.</p> <p>Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler 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/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, von dem für mich zuständigen Vermittler zu Versicherungsprodukten auch telefonisch beraten zu werden. Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsunfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunft einholt. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird. Sie können der Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten durch Ihren Versicherer zum Zwecke der Werbung jederzeit schriftlich widersprechen.</p>
Datenverarbeitung	Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung	Ich reiche innerhalb von 90 Tagen – gerechnet vom Datum der Antragsstellung an – einen Nachweis ein, aus dem hervorgeht, ob und für welchen Zeitraum die Pflegepflichtversicherung beim Vorversicherer mit Bestandskonditionen geführt wurde bzw. ob und für welchen Zeitraum eine Pflegepflichtversicherung oder private Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat. Reiche ich den Nachweis zum Ablauf dieses Termins nicht ein, wird der Antrag ohne Anrechnung der Vorversicherung poliziert.
Gesamteinkommen	Darunter fallen Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte i.S.d. § 22 EStG; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; aus Kindererziehungszeiten resultierende Rentenleistungen bleiben unberücksichtigt.
Einzelversicherung	Vertragsgrundlagen Für den beantragten Krankenversicherungsvertrag gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Eine Durchschrift des Antrages erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.
Zustandekommen des Vertrages	Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Die Zahlung des Erst-(Mehr-) Beitrages an den Vermittler gilt nicht als Annahme des Antrages. Wird der Antrag auf Umwandlung nicht angenommen, bleibt der bisherige Versicherungsvertrag unverändert bestehen.
Fälligkeit des Erstbeitrages	Der erste Beitrag wird nicht vor Versicherungsbeginn fällig.
Vertragsdauer	Verträge nach Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Pflegeergänzungstarifen und Serviceprodukten werden für die Dauer von 2 Versicherungsjahren abgeschlossen. Sie verlängern sich jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt bzw. beendet werden.
Umwandlung	<p>AVB Bei Umwandlung eines Krankenversicherungsvertrages gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (einschließlich Umwandlungsregelungen) der beantragten Tarife von dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Umwandlungstermin an.</p> <p>Widerrufsrecht Kommt eine beantragte Umwandlung nicht zustande, weil von dem gesetzlichen Widerrufsrecht Gebrauch gemacht wird, besteht der Vertrag mit bisherigem Inhalt fort.</p> <p>Anrechnung der Laufzeit Die Laufzeit der bisherigen Versicherung wird bei Umwandlung auf die Fristen der neuen Versicherung angerechnet.</p> <p>Versicherungsjahr Bei Umwandlung von Krankentagegeldversicherungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht, bei allen anderen Versicherungen ist das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr identisch.</p> <p>Zuschläge für erhöhtes Risiko, Ausschlüsse Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Zuschläge für erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Etwaige Leistungsausschlüsse bleiben bestehen.</p>
Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung	<p>Haben sie neben der Krankheitskostenversicherung eine Krankentagegeldversicherung beantragt, so lassen Sie bitte von der Krankenkasse außer Beginn und Ende der Mitgliedschaft auch einen bisherigen Krankengeldanspruch bestätigen.</p> <p>Falls sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt sich es sich, bis zur Annahme Ihres Antrages die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.</p>

Antrag auf Private Haftpflichtrisiken

bei der Proximus Versicherung AG



Vermittler/Vermittler-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Kundennummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**Anrede ☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

Beruf, ggf. Arbeitgeber

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Besondere Anredetitel

Abschlussstelle

Staatsangehörigkeit

Betreuungsstelle

Inkassostelle

Antragsnummer

Branche

Antragseingang

Telefon (mobil)

E-Mail

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die 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 der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.

PrämienzahlerAnrede ☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Vertragsbeginn

Vertragsablauf

Besondere Anredetitel

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

E-Mail

Vertragsdauer
Jahre

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

**Haftpflicht-
versicherung**

Es gelten:

- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung privater Risiken 2014 (PHV 2014 Proximus Versicherung AG)
- die für den vereinbarten Versicherungsschutz jeweils zutreffenden Abschnitte der Ziffern 1-6

**Versicherungs-
summen**☐ **A 5.000.000 €**

pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

☐ **B 10.000.000 €**

pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Doppelte dieser Versicherungssummen.

Antragsfragen zu A bis F bitte genau beantworten.**Vorversicherung /
Vorschäden**

Bestehen oder bestanden für den beantragten Versicherungsumfang in den letzten 5 Jahren Haftpflichtversicherungen für private Risiken?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche Haftpflichtversicherung besteht oder bestand?

Bei welcher Gesellschaft?

gekündigt zum von / vom ☐ Gesellschaft ☐ Versicherungsnehmer

Sind bereits früher Schäden eingetreten?

☐ ja ☐ neinAnzahl der Schäden in den letzten 5 Jahren Schadenhöhe insgesamt in €

Wurden bereits Versicherungen abgelehnt?

☐ ja ☐ nein

Grund

Versicherungsumfang (bitte eintragen bzw. ankreuzen)

A Privat-Haftpflicht/ PHV 2014 - Abschnitt 1Für Lebenspartner Prämie
in €☐ Kompakt-Modell☐ Junge Leute / Einzelpersonen

Bei der Haftpflichtversicherung von Einzelpersonen entfällt die Mitversicherung anderer Personen

mit 150 € Selbstbeteiligung ☐ Ja ☐ NeinÖffentlicher Dienst ☐ Ja ☐ Nein**Ergänzung des Versicherungsschutzes**

nur möglich, wenn auch die Privat-Haftpflicht besteht

☐ Zuschlag für Vermietung von im Inland gelegenen

Menge

Prämie
in €☐ Garagen, Carports, Kfz-Stellplätze

Art / Anschrift

☐ Ferien- / Wochenendhäuser oder -wohnungen

Art / Anschrift

☐ Eigentumswohnungen

Anschrift

B Hundehalter-Haftpflicht/ PHV 2014 - Abschnitt 2

Ist ein Hund als gefährlicher Hund („Kampfhund“) einzustufen?

☐ Ja (nicht versicherbar) ☐ Nein

Rasse des Hundes

Menge

Prämie
in €**C Reit- und Zugtierhalter-Haftpflicht/ PHV 2014 - Abschnitt 3**☐ Pferde, Kleinpferde, Ponys, Maultiere, Esel

Menge

Prämie
in €**D Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht/ PHV 2014 - Abschnitt 4**

Liegt der Flächenanteil einer vorhandenen gewerblichen Teilnutzung bei maximal 50 %?

☐ Ja ☐ Nein

Nutzung/Objektbezeichnung

Prämie
in €☐ Einfamilienhaus☐ Zweifamilienhaus☐ weitere Wohnung☐ Zusatzprämie für gewerbliche Nutzung

Anschrift des Grundstücks

☐ unbebautes Grundstück

Größe des Grundstücks

Art / Anschrift des Grundstücks

E Bauherren-Haftpflicht/ PHV 2014 - Abschnitt 5

Die Versicherung erlischt 2 Jahre nach Baubeginn.

Bausumme in €

Bauen mit eigener Leistung

a) Eigenleistung einschließlich Nachbarschaftshilfe

☐ Ja, Wert €☐ Nein

b) Übernahme der Planung und/oder Bauleitung (nicht Bauausführung) durch den Bauherrn

☐ Ja ☐ Nein**F Gewässerschaden-Haftpflicht für private Öltanks/ PHV 2014 - Abschnitt 6**

Liegt der Flächenanteil einer vorhandenen gewerblichen Teilnutzung bei maximal 50 %?

☐ Ja ☐ Nein

Sind Ihnen bestehende oder beseitigte Verunreinigungen des Bodens und/oder des Wassers, auch Grundwasser, bekannt?

☐ Ja (Sanierungsnachweis beifügen) ☐ Nein

Wie wird das Grundstück heute genutzt?

Wie wurde das Grundstück früher genutzt?

Art / Anschrift

☐ unterirdischer Behälter

Einbaujahr

Anzahl

Fassungsvermögen

Herstellungsjahr

Letzte Prüfung

bis cbmam ☐ oberirdischer Behälter (auch Kellertanks)

Einbaujahr

Anzahl

Fassungsvermögen

Herstellungsjahr

Letzte Prüfung

bis cbmam

**Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz**

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 in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

**Belehrung über
die Beachtung
von Auskunft-
und Aufklä-
rungsobliegen-
heiten nach § 28
Abs. 2 und 4
Versicherungs-
vertragsgesetz**

Ich weiß, dass die Proximus Versicherung AG bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit durch mich vollständig oder teilweise leistungsfrei sein kann.

Auf die Leistungsfreiheit kann sich die Proximus Versicherung AG berufen, wenn ich die Obliegenheit vorsätzlich verletzt habe. Habe ich sie grob fahrlässig verletzt, ist sie berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere meines Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast, dass nicht einmal grobe Fahrlässigkeit vorliegt, trage ich.

Prämie

Zahlungsweise: Wenn nichts anderes vereinbart ist, erfolgt die Prämienzahlung jährlich. Bei monatlicher Zahlungsweise ist Bankabruf erforderlich.

- ☐ jährlich (5 % Nachlass) ☐ halbjährlich (3 % Nachlass) ☐ vierteljährlich (2 % Nachlass)
☐ monatlich ☐ einmalig (für Bauherren-Haftpflichtversicherung)
☐ Dauernachlass (10 % Nachlass)

Prämie in €

(lt. Zahlungsweise, einschl. gesetzlicher Versicherungsteuer)

**SEPA-Last-
schriftmandat -
Das Mandat für
wiederkehrende
Zahlungen**

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

**Daten-
verarbeitung**

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

**Empfangs-
bestätigung**

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Widerruf

Sie können Ihre Versicherungserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Proximus Versicherung AG.

Datum/Unterschrift Antragsteller

Datum/Unterschrift Vermittler

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Abschluss einer Kraftfahrzeugversicherung

bei der Proximus Versicherung AG



Vermittler/Vermittler-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Antragseingang

Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**Anrede ☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)☐ Arbeiter ☐ Angestellter ☐ öffentlicher Dienst (Beamter, Angestellter, Arbeiter)

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Branche

Telefon (mobil)

E-Mail

Besondere Anredetitel

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die 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 der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.

Antragsgrund

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> allgem. Kennzeichen | <input type="radio"/> Neuversicherung | <input type="radio"/> Wiederinkraftsetzung | <input type="radio"/> Änderung Zahlungsdaten |
| <input type="radio"/> rotes Kennzeichen | <input type="radio"/> Fahrzeugwechsel | <input type="radio"/> Änderung Deckung | <input type="radio"/> Angebot |
| <input type="radio"/> Kurzzeitkennzeichen | <input type="radio"/> SFR-Übertragung | <input type="radio"/> Änderungsantrag | |

DauerVon VBK/VB abweichender **Versicherungsbeginn** ____ . ____ . 20 ____ 0.00 Uhr**Versicherungsablauf** ____ . ____ . 20 ____ 24.00 Uhr**Beginn** des Versicherungsschutzes ☐ ab Tag der Zulassung/Zuteilungoder ☐ am: ____ . ____ . 20 ____ (mind. am Tag der Zulassung/Zuteilung)**Ende** des Versicherungsschutzes bei rotem Kennzeichen am: ____ . ____ . 20 ____ oder bei Kurzzeitkennzeichen nach ____ TagenBei der **Dauer von weniger als 1 Jahr** ☐ Vertragsverlängerung (G.1 AKB)**Fahrzeugdaten**

Kennzeichen

Fahrzeughersteller

Typ/Ausführung bei PKW
(falls Typschl.-Nr. unbekannt)

Leistung in kW

Schlüssel-Nr. für Hersteller
(Marke) und Typ

Fahrzeugart

Erstzulassung

Saisonkennzeichen gültig von
____ . ____ . 20 ____ bis ____ . ____ . 20 ____

Fzg-Ident.-Nr. (mind. 8 Stellen)

Hubraum bei
Kraftrad

cm³

Bei Leichtkrafträdern-/rollern
Höchstgeschwindigkeit

- ☐
- bis 80 km/h
-
- ☐
- über 80 km/h

Bei Krädern über 20.000 €
Neuwert Kaufpreis in € inkl. MwSt
angeben

____ €

Gesamtneuwert bei Camping-
fahrzeugen in EUR inkl. MwSt.Zuschlagspflichtige Sonderausstattung
(über 10.000 €); ggf. auf Beiblatt

und Anfrage Direktion

Rechnungsvorlage im Schadenfall

Vorfahrzeug

Kennzeichen

☐ ab-/umgemeldet am: ____ . ____ . 20 ____☐ verkauft am: ____ . ____ . 20 ____☐ weiterversichert bei der Proximus Versicherung AG

Versicherungsschein-Nummer

Schaden-
freiheitsrabatt☐ Versichererwechsel

Wer hat den Vertrag gekündigt?

☐ VN/Antragsteller☐ Versicherer☐ ungekündigt

VS-Nr.

Name des Vor-Versicherungsunternehmens

Anzahl **schadenfreie Kalenderjahre**
am 01.01. des Beginnjahres

Haftpflicht

Vollkasko

Anzahl **gemeldeter Schäden**
seit 01.01. bis jetzt

Haftpflicht

Vollkasko

☐ Zweitwagenregelung mit Einstufung in SF 1/2☐ Führerscheinregelung

gültiger Führerschein Klasse

seit:

☐ Zweitwagenregelung mit Einstufung in SF 2☐ Rabattübertragung von einem anderen Fahrzeug☐ Rabattübertragung von einer anderen Person☐ Rabattübertragung mit mehreren Verträgen (Rabatt-Tausch)Tarifmerkmale
(gemäß J. 3 AKB)

Wohneigentum und / oder Garage

☐ selbstbewohntes Ein-/Zweifamilienhaus☐ Garage☐ selbstbewohnte Eigentumswohnung

Datum des Fahrzeugerwerbs

falls abweichend v. Erstzulassung

Fahrzeugnutzerkreis

☐ VN und Partner☐ Familie mit Kind unter 16 Jahre

km-Leistung pro Jahr (in Tausend)

km-Stand bei Antragstellung (in Tausend)

Deckungs-
umfang

Haftpflicht

- ☐ Haftpflicht mit 100 Mio. € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden
(max. 8 Mio € je getötete oder verletzte Person)
- ☐ Gesetzliche Mindestdeckungssummen

Einzelprämie

Schutzbrief

- ☐ Autoschutzbrief einschließen

Kasko

☐ Vollkasko☐ 150 € SB☐ 300 € SB☐ 500 € SB☐ 1.000 € SB☐ 2.500 € SB☐ 5.000 € SB

einschl. Teilkasko

☐ ohne SB☐ 150 € SB☐ 500 € SB☐ 1.000 € SB☐ 2.500 € SB☐ 5.000 € SB☐ Teilkasko☐ 150 € SB☐ 300 € SB☐ 500 € SB☐ ohne Selbstbeteiligung

Rabattschutz

- ☐ Rabattschutz einschließen

Zwischensumme

Prämienzahlung

* Zahlungsweise (Abschlag)

☐ monatlich (0 %)☐ vierteljährlich (2 %)☐ halbjährlich (3 %)☐ jährlich (5 %)

Abschlag für Zahlungsweise *

monatliche Zahlungsweise ist nur per LEV* möglich

monatliche, vierteljährliche, halbjährliche, jährliche Prämie

Versicherungssteuer (19 %)

* Lastschriftinzugsverfahren (SEPA-Lastschriftmandat)

Gesamtprämie

Prämie entsprechend der gewünschten Zahlungsweise, brutto

Vorläufige
Deckung in der
Kfz-Versicherung

Die vorläufige Deckung nach B.2 AKB endet mit der Einlösung des Versicherungsscheins. Sie tritt rückwirkend außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird, der Versicherungsschein aber nicht spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins eingelöst wird und der Versicherungsnehmer die Verspätung zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von 2 Wochen schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie. Bleibt in der Kfz-Haftpflichtversicherung die Verpflichtung des Versicherers gegenüber dem Dritten bestehen, obgleich der Versicherungsvertrag über die vorläufige Deckung beendet ist, so gebührt dem Versicherer außerdem die Prämie für die Zeit dieser Verpflichtung.

erteilt ab:

☐ Tag der Zulassung oder ab (Datum, Uhrzeit) in der☐ Kasko☐ KH zu den vertraglich vereinbarten Versicherungssummen☐ Autoschutzbrief

Belehrung über die vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz

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 in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

SEPA-Lastschriftmandat – Das Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Datenverarbeitung

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Empfangsbestätigung

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Widerruf nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz

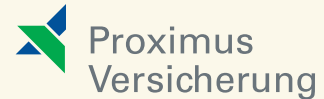
Sie können Ihre Versicherungserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Proximus Versicherung AG.

Vorbehaltlich meines Widerrufsrechts nach § 8 VVG ist der Versicherer berechtigt, meinen Antrag bis zum Ablauf von 2 Wochen anzunehmen. Die Annahmefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung. Der Antrag auf Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung gilt im Rahmen des § 5 Abs. 3, Satz 1 Pflichtversicherungsgesetzes als angenommen, wenn er nicht innerhalb einer Frist von 2 Wochen vom Eingang des Antrags an dem Antragsteller gegenüber schriftlich abgelehnt wird.

Datum/Unterschrift Antragsteller
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Rechtsschutz für Familien und Singlesgemäß den Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2012)
bei der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG

Vermittler/Vermittler-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Antragseingang

Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**Anrede ☐ Herr ☐ Frau

Name

Vorname

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)☐ Arbeiter ☐ Angestellter ☐ öffentlicher Dienst (Beamter, Angestellter, Arbeiter)

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

E-Mail

☐ Neuantrag ☐ Änderungsantrag ☐ Ergänzungsantrag

Besondere Anredetitel

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort

Branche

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die 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 der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit.

**Familien-
angehörige**

Vorname, ggf. abweichender Nachname

Geburtsdatum

Berufliche Tätigkeit

☐ Ehepartner ☐ Partner☐ Kind☐ Kind☐ Kind**Vorversicherung**☐ keine VorversicherungBei welcher/welchen Gesellschaft(en) ist oder war der Antragsteller/
(Ehe-)Partner rechtsschutzversichert?

Vertrags-Nummer

Wann endet(e) der Vertrag?

Wurde der Rechtsschutzvertrag durch die Gesellschaft beendet? ☐ ja ☐ nein**Vertragsbeginn**
(0 Uhr)

(ohne Datum: der Tag des Eingangs des Antrages im zuständigen Proximus-Standort - 0 Uhr)

Vertragsdauer

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Zahlungsweise☐ jährlich (5 % Nachlass) ☐ halbjährlich (3 % Nachlass) ☐ vierteljährlich (2 % Nachlass) ☐ monatlich**Selbst-
beteiligung**☐ ohne ☐ 150 € ☐ 250 €

Privat-Rechtsschutz (P)	<input type="radio"/> Familie <input type="radio"/> Single	Prämie in € (lt. Zahlungsweise)
Berufs-Rechtsschutz (B)		Prämie in € (lt. Zahlungsweise)
Verkehrs-Rechtsschutz (Vk)	<input type="radio"/> PKW, Wohnmobil, Campingfahrzeug, Quad, Trike	Prämie in € (lt. Zahlungsweise)
	<input type="radio"/> Krafträder mit Versicherungskennzeichen	
	<input type="radio"/> Krafträder mit amtlichen Kennzeichen	
	<input type="radio"/> Anhänger (auch Wohnwagen)	
	<input type="radio"/> für alle auf den VN, Ehegatten, mitversicherten Lebenspartner und die mitversicherten Kinder zugelassenen Kraftfahrzeuge	
Fahrzeug-Rechtsschutz (F)	<input type="radio"/> PKW, Wohnmobil, Campingfahrzeug, Quad, Trike	Prämie in € (lt. Zahlungsweise)
	<input type="radio"/> Krafträder mit Versicherungskennzeichen	
	<input type="radio"/> Krafträder mit amtlichen Kennzeichen	
	<input type="radio"/> Anhänger (auch Wohnwagen)	
	<input type="radio"/> Motorboot	
	<input type="radio"/> Hubschrauber	
Fahrer-Rechtsschutz (D)		Prämie in € (lt. Zahlungsweise)
Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz (W)	<input type="radio"/> Selbstbewohnte Wohneinheit	Prämie in € (lt. Zahlungsweise)
	<input type="radio"/> Vermieter/Verpächter einer Einliegerwohnung im selbstbewohnten Einfamilienhaus	
	<input type="radio"/> Vermieter/Verpächter von Wohneinheiten in % der Jahresbruttomiete	
	<input type="radio"/> Garagen, Abstellplätze, Bootsanlegeplätze	
Dauernachlass (3 Jahre 10 %)	Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.	Prämie in €
		-
Gesamt-Prämie		Prämie in € (lt. Zahlungsweise)

**Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz**

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 in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.

Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

**SEPA-Last-
schriftmandat -
Das Mandat für
wiederkehrende
Zahlungen**

Ich ermächtige die Proximus Rechtsschutz Versicherung AG, die von der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Mandatsreferenz teilt mir/uns die Proximus Rechtsschutz Versicherung AG vor der ersten Abbuchung mit.

Zahlungsempfänger: Proximus Rechtsschutz Versicherung AG
Gläubiger-ID: xx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC (8 oder 11 Stellen)

IBAN (22 Stellen)

Name des Kreditinstituts

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Rechtsschutz Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

**Daten-
verarbeitung**

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

**Empfangs-
bestätigung**

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Widerruf

Sie können Ihre Versicherungserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nach dem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Proximus Rechtsschutz Versicherung AG.

Datum/Unterschrift Antragsteller

(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Verbraucherdarlehensvertrag
bei der Süddeutschen Handelsbank AG**Kreditgeber**Süddeutsche Handelsbank AG
Proximus-Allee 7-9
80333 München**Kredit-Konto-Nummer:****1. Persönliche
Angaben**

Darlehensnehmer (1)

Darlehensnehmer (2)

Name (ggf. Geburtsname)

Vorname

Anschrift

Telefon, E-Mail

Geburtsdatum, -ort

Staatsangehörigkeit, Beruf

Familienstand, Kinder

**2. Darlehens-
betrag**

Auszahlender Nettodarlehensbetrag

€

Beitrag Restschuldversicherung

€

Darlehensbetrag

€

Sollzinsen

€

Sonstige Kosten

€

Gesamtbetrag

€

Auszahlung auf folgendes Konto

IBAN

BIC

3. Tilgung

Laufzeit

Monate

Auszahlungsdatum

Nominalzins

%

Effektiver Jahreszins

%

Vertragsdauer

Monate

Ratenhöhe

€

Jeweils fällig am

eines Monats

Fällige Zahlungen werden
dem folgenden Konto belastet

IBAN

BIC

I. Ergänzende Vereinbarungen zum Ratenkredit**1. Gesamtschuldnerische Haftung, gegenseitige Bevollmächtigung**

- (1) Wir haften als Gesamtschuldner für die Ansprüche, die der Süddeutschen Handelsbank AG aus dem Darlehensvertrag zustehen.
- (2) Wir bevollmächtigen uns gegenseitig, im Rahmen der Abwicklung des Darlehensvertrages anfallende Kontoauszüge, Saldo-Mitteilungen, Abrechnungen und sonstige Schriftstücke entgegenzunehmen, zu prüfen, anzuerkennen sowie für den anderen Darlehensnehmer rechtsverbindlich zu quittieren. Die Vollmacht erstreckt sich jedoch nicht auf die Entgegennahme rechtsverbindlicher Erklärungen, die den Bestand des Darlehensvertrages betreffen, wie zum Beispiel Darlehenskündigung.

2. Fälligkeit, Zinsen

- (1) Die Raten sind jeweils monatlich zu den oben genannten Terminen zur Zahlung fällig. Infolge sofortiger Verrechnung der in jeder Rate enthaltenen Tilgungsanteile verändert sich das Verhältnis von Zins und Tilgung in der Weise, dass bei gleichbleibender Rate die jeweils ersparten Zinsen zur verstärkten Tilgung verwendet werden; der jeweilige Restsaldo bildet die Basis für die Verzinsung bis zur nächsten Ratenzahlung.
- (2) Die Angaben zu Laufzeit, Zinsen, Gesamtbetrag und effektiven Jahreszinsen beruhen auf der Annahme, dass die Ratenzahlungen planmäßig zu den vereinbarten Terminen erfolgen.

II. Sicherheiten

Zur Sicherung aller Forderungen der Süddeutschen Handelsbank AG gegen den Darlehensnehmer aus diesem Darlehen sowie aller ihr in Zusammenhang damit entstehenden Forderungen und gesetzlichen Ansprüche werden folgende Sicherheiten gestellt:

--

III. Informationen zum Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform widerrufen. Die Frist beginnt nach Abschluss des Vertrages, aber erst, nachdem Sie alle Pflichtangaben nach § 492 Abs. 2 BGB erhalten haben. Sie haben alle Pflichtangaben erhalten, wenn diese in der für Sie bestimmten Ausfertigung Ihres Antrags oder in der für Sie bestimmten Ausfertigung der Vertragsurkunde oder in einer für Sie bestimmten Abschrift Ihres Antrags oder der Vertragsurkunde enthalten sind und Ihnen eine solche Unterlage zur Verfügung gestellt worden ist. Über in den Vertragstext aufgenommene Pflichtangaben können Sie nachträglich in Textform informiert werden; die Widerrufsfrist beträgt dann einen Monat. Sie sind mit den nachgeholten Pflichtangaben nochmals auf den Beginn der Widerrufsfrist hinzuweisen. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Süddeutsche Handelsbank AG, Proximus-Allee 7-9, 80333 München

Widerrufsfolgen

Sie haben innerhalb von 30 Tagen das Darlehen, soweit es bereits ausgezahlt wurde, zurückzuzahlen und für den Zeitraum zwischen der Auszahlung und der Rückzahlung des Darlehens den vereinbarten Sollzins zu entrichten. Die Frist beginnt mit der Absendung der Widerrufserklärung.

IV. Einbeziehung der Geschäftsbedingungen der Süddeutschen Handelsbank AG

Für Darlehensvertrag und vereinbarte Sicherheiten gelten die nachfolgenden Allgemeinen Bedingungen für Kredite und Darlehen sowie die Bürgschaftsbedingungen.

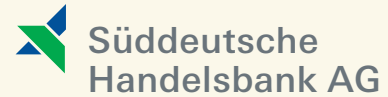
Ort, Datum	Unterschrift Darlehensnehmer (1)	Unterschrift Darlehensnehmer (2)

Ort, Datum	Unterschrift Sachbearbeiter (1)	Unterschrift Sachbearbeiter (2)

Legitimation

	Darlehensnehmer (1)	Darlehensnehmer (2)
Ausweisdokument		
§ 8 GWG Darlehensaufnahme für	<input type="radio"/> eigene Rechnung <input type="radio"/> fremde Rechnung	<input type="radio"/> eigene Rechnung <input type="radio"/> fremde Rechnung
Datum, Unterschrift Sachbearbeiter		

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Vertrauliche Selbstauskunft
bei der Süddeutschen Handelsbank AG**1. Persönliche Angaben**

	Darlehensnehmer (1)	Darlehensnehmer (2)
Name (ggf. Geburtsname)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum, -ort	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Staatsangehörigkeit	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> deutsch <input type="radio"/> <input type="text"/>
ausgeübter Beruf	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Beschäftigungsverhältnis	<input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> Beamter <input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> angestellt <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> Beamter <input type="radio"/> <input type="text"/>
dort tätig bzw. selbstständig seit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verh. <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> gesch. <input type="radio"/> getrennt lebend	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verh. <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> gesch. <input type="radio"/> getrennt lebend
Anzahl der Kinder	<input type="text"/> , Alter: <input type="text"/>	<input type="text"/> , Alter: <input type="text"/>
Güterstand	<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> gesetzlich <input type="radio"/> <input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Einkommensverhältnisse**2.1 Arbeitnehmer**

Monatseinkommen brutto

Monatseinkommen netto

Mieteinnahmen

sonstige Einkünfte

2.2 SelbstständigeGeschäftsgewinn im Vorjahr 20

Geschäftsgewinn im lauf. Jahr

Angaben in EUR pro Monat

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
voraussichtlich	voraussichtlich

3. Ausgaben

Lebenshaltungskosten inkl. Versicherungen, Ausgaben für Nahrung, Kleidung, Hobbies, Urlaub, PKW

Miete (inkl. Nebenkosten)

sonstige regelmäßige Ausgaben

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**4. Vermögens-
verhältnisse****4.1 Haus- und Grundbesitz**

Objektlage, Ort, Str., Nr.	Objektart (EFH/MFH)	Verkehrswert (geschätzt)	Restschuld zzt.	Zahlungsverpflichtungen jährlich	Mieteinnahmen jährlich

4.2 Sonstige Vermögenswerte (Bankguthaben, Wertpapiere, Bausparguthaben, Beteiligungen u. ä.)

Art	Betrag Euro	Jährlicher Ertrag in Euro

4.3 Bestehende Lebensversicherungen

Art der Versicherung	Abschlussdatum	Versicherungssumme	Monatsbeitrag	Laufzeit	Rückkaufswert

**5. Verbindlich-
keiten**

Art (Darlehen, Girokonto)	Verwendungszweck	Restschuld zzt.	Zahlungsverpflichtung	Zahlungsende

Übernommene Bürgschaften ☐ nein ☐ ja, Euro _____ für _____

**6. Bank-
verbindungen**

Name und Anschrift

**7. Zustimmung
zur Bank-
auskunft**

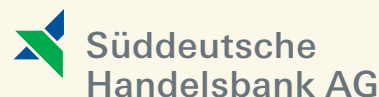
Der Kunde stimmt zu, dass die _____ über ihn einmalig der Süddeutschen Handelsbank AG eine Bankauskunft nach Nr. 2 AGB erteilt.

Die von der Süddeutschen Handelsbank AG geforderten Unterlagen werden nachgereicht.

Die Bank ist berechtigt, sich bei Behörden, Grundbuchämtern, sonstigen öffentlichen Stellen und Versicherungsgesellschaften Auskünfte einzuholen, Unterlagen zu beschaffen und dort Einsicht in das Register zu nehmen. Ergänzend gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Bank (AGB). Die AGB können in den Geschäftsräumen der Bank eingesehen werden, auf Verlangen werden sie ausgehändigt.

Ort, Datum _____ Darlehensnehmer (1) _____ Darlehensnehmer (2) _____

Preisaushang Stand: 01.05.2014
der Süddeutschen Handelsbank AG



Auszug der Regelsätze im standardisierten Privatkundengeschäft sowie im kartengestützten Zahlungsverkehr für Privatkunden der Süddeutschen Handelsbank AG, Proximus-Allee 7-9, 80333 München

Privat-/ Girokonten

Überziehungskredit

▪ Zinssatz für Guthaben (Sichteinlagen)	0,15 %
▪ Sollzinssatz für Dispositionskredit	11,40 %
▪ Sollzinssatz für sonstige Kontoüberziehungen ¹⁾	15,60 %

SDH-Konto incl. SDH-BankCard Grundpreis

pro Monat

2,00 €

Darin enthalten

- Auszahlung/Einzahlung an Automaten der SDH Bank
- Überweisungen in Selbstbedienung oder per Onlinebanking inkl. Daueraufträge
- Kontoauszug in Selbstbedienung
- Bareinzahlungen

Preise für Buchungsposten

▪ Beleghaft erteilte Buchungen (z. B. Überweisungen Inland, EU-Standard, Lastschriften)	0,50 €
▪ sonstige Buchungsposten, Kontoauszug per Postversand	0,25 €

1) Kontoüberziehung ist die vorübergehende Überziehung des laufenden Kontos ohne zugesagte Dispositionslinie oder über die zugesagte Dispositionslinie hinaus.

Karten	SDH BankCard	pro Jahr	0,00 €
	SDH Visa Card/Master Card	Hauptkarte/-Zusatzkarte pro Jahr	24,00 €/12,00 €

Allgemeine Zahlungsverkehrsleistungen

Barauszahlung an eigene Kunden

SDH Visa Card/Master Card SDH BankCard	Kasse –,– €	Geldautomat –,– €
--	----------------	----------------------

Barauszahlung am Geldautomaten an fremde Kunden

inländischer Kreditinstitute	2,55 €
ausländische Kreditinstitute	4,55 €

Bareinzahlung zugunsten Dritter

auf Konten bei der Süddeutschen Handelsbank	–,– €
auf Konten anderer Banken	2,50 €

Sparkonten

Zinssatz für Spareinlagen

▪ mit dreimonatiger Kündigungsfrist	0,25 %
▪ mit einjähriger Kündigungsfrist (gilt nur für bestehende Verträge)	0,60 %
▪ mit zweijähriger Kündigungsfrist (gilt nur für bestehende Verträge)	1,15 %
▪ mit fünfjähriger Kündigungsfrist (gilt nur für bestehende Verträge)	1,15 %

Vorschusszins: Für die vorzeitige Rückzahlung von Spareinlagen sind Vorschusszinsen in Höhe von 1/4 des jeweils für die betreffende Spareinlage geltenden Zinssatzes bis zum Ablauf der Kündigungsfrist zu entrichten. Von Spareinlagen mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist können – soweit nichts anderes vereinbart ist – ohne Kündigung bis zu 2.000 € für jedes Sparkonto innerhalb eines Kalendermonats abgehoben werden. Bei höheren Abhebungen werden für den 2.000 € übersteigenden Betrag für 90 Tage Vorschusszinsen berechnet.

Privatkredite	Kreditbeträge bis 50.000 € SDH Visa Card/Master Card	Laufzeiten bis 84 Monate Hauptkarte/-Zusatzkarte	pro Jahr	Effektiver Jahreszins ab 3,69 % 24,00 €/12,00 €
---------------	---	---	----------	--

Depot

An- und Verkauf (inländische Börsen)

Aktien/Optionsscheine	bis 999,99 € ab 1.000,00 € ab 2.000,00 € ab 5.000,00 €	1,00 % vom Kurswert 0,80 % vom Kurswert 0,70 % vom Kurswert 0,60 % vom Kurswert jeweils mind. 15,00 €	
Investmentanteile	zum jeweiligen Ausgabe-/Rücknahmepreis		zzgl. /abzgl. 5,00 €

Depotführung

Depotführung jährlich	25,00 €
-----------------------	---------

Mindestanlagesummen je Zahlungsweise

1/12	mindestens 25,00 € pro Fonds
1/4	mindestens 75,00 € pro Fonds
1/2	mindestens 100,00 € pro Fonds
1/1	mindestens 150,00 € pro Fonds
Einmalanlage	mindestens 10.000,00 € pro Fonds

Impressum

Herausgeber: Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWV) e. V.
Arabellastraße 29, 81925 München

Autorenteam: Die inhaltliche Erarbeitung des vorliegenden Werkes erfolgte durch 122 Experten aus der Branche.

Redaktion: Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWV) e. V., München
Claudia Be, Michael Weyh

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urhebergesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Berufsbildungswerks der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWV) e. V., München. Jegliche unzulässige Nutzung des Werkes berechtigt das Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWV) e. V. zum Schadenersatz gegen den oder die jeweiligen Nutzer. Bei jeder autorisierten Nutzung des Werkes ist die folgende Quellenangabe an branchenüblicher Stelle vorzunehmen:

Ungeachtet der Sorgfalt, die auf die Erstellung von Text und Abbildungen verwendet wurde, können weder Autoren noch Herausgeber und Redaktion für mögliche Fehler und deren Folgen eine juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung übernehmen.

© Auflage 2014 Berufsbildungswerk der Deutschen Versicherungswirtschaft (BWV) e. V., München

Auszug aus Proximus 3 (ISBN 978-3-00-046005-0). Proximus 3 ist erhältlich unter www.bwv.de/shop