Thomas Wiegandt
Zum Glockenzehnten 4
63538 Großkrotzenburg

Thomas Wiegandt * Zum Glockenzehnten 4 * 63538 Großkrotzenburg

KuV24.de
Abt. IT-EKS
Postfach 40 32

89030 Ulm

Großkrotzenburg, 11.08.2007

Antrag IT-EKS Nr.: 0505158

Sehr geehrtes KuV24.de-Team,

anbei erhalten Sie meinen unterschriebenen IT-EKS-Antrag im Original.
Bitte bestätigen Sie mir kurz per E-Mail den Antragseingang.

Mit freundlichen Grüßen

Thomas Wiegandt

Anlage

KuV24.de
Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH
Telefon: +49 (0)731-2 77 03-63 • Telefax: +49 (0)731-2 77 03-963
E-Mail: info@KuV24.de

Antragsnummer: 0505158
Antragsdatum: 11.08.2007
Maklernummer: 4/623726

ANTRAG AUF BETRIEBSUNTERBRECHUNGSVERSICHERUNG FüR KUV24 IT-EXPERTEN (DECKUNGSKONZEPT)

nach den Allgemeinen Bedingungen für die Betriebsunterbrechungs-Versicherung für freiberuflich und selbständig Tätige (ABFT 1993) - Seite 1 von 2

Versicherer: Generali Versicherung AG, Landskrongasse 1-3, A-1011 Wien
Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn

Antragsteller:		**Bankverbindung:**	
Anrede	Herr	**Kontonummer**	2495597
Titel		**Bankleitzahl**	50661639
Geschlecht	männlich	**Kreditinstitut**	VR Bank Main-Kinzig eG
Nachnahme	Wiegandt	**Kontoinhaber (falls abweichend)**	
Vorname	Thomas		
Geburtsdatum	22.08.1962	**IBAN**	
Familienstand	verheiratet	**BIC**	
Anzahl Kinder	1	**Abbuchung**	halbjährlich

Adresse:		**Vertragsdaten:**	
Straße, Hausnummer	Zum Glockenzehnten 4	**Berufsbezeichnung**	KuV24 IT-Experte Berufsgruppe: 1
PLZ	63538	**Anzahl der Mitarbeiter**	1
Postfach			
abweichende PLZ		**Vertragsbeginn**	01.01.2008, 0:00 Uhr
Ort	Großkrotzenburg		
Land	Deutschland	**Vertragsende**	01.07.2018, 0:00 Uhr

Kommunikation:		**Bestehende Krankenvers.:**	
Telefon	01773334499	**Krankenvollversicherung**	privat
Telefax		**Kasse/Versicherung**	Nürnberger
E-Mail	Thomas.Wiegandt@t-online.de		

Zusätzliche Versicherungen:

keine Kranken(tage)geldabsicherung

keine zusätzliche private Tagegeldversicherung

Beantragte IT-EKS-Versicherungsleistung:		**Jahresbeitrag inkl. VSt.**	1.343,67 €
		Zahlungsweise	halbjährlich
Karenzzeit	21 Tage	**halbjährlicher Beitrag**	671,84 €
Versicherungssummen pro Tag	300 €	**anteiliger Beitrag für dieses Halbjahr**	671,84 €
Versicherungssummen pro Jahr	108.000 €		

Besondere Vereinbarungen (zusätzlich zu ABFT 1993):

- Erweiterung des Versicherungsschutzes (besondere Bedingungen Ziffer 30)
- Nachhaftung (besondere Bedingungen Ziffer 31)
- Taxvereinbarung (besondere Bedingungen Ziffer 34)
- Vorausbonus (besondere Bedingungen Ziffer 51)
- Kündigungsverzicht (besondere Bedingungen Ziffer 52)

Gesundheitsangaben:	
Ihre Körpergröße in cm	178
Ihr Gewicht in kg	70
1. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, chronische Leiden (auch Allergien und Schwächen im Immunsystem, HIV positiv, Anomalien, Behinderungen, Unfallfolgen)?	Nein
2. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Kur- oder Rehabilitationsbehandlungen stattgefunden?	Nein
3. Haben in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen stattgefunden? (Regelmäßige Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen OHNE Befund sind von Ihnen NICHT anzugeben)	Nein
4. Werden regelmäßig Behandler (Ärzte etc.) aufgesucht, werden regelmäßig Medikamente genommen? (Regelmäßige Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen OHNE Befund sind von Ihnen NICHT anzugeben)	Nein
5. Sind ärztliche Behandlungen bzw. Operationen notwendig oder angeraten?	Nein

zu 1	
zu 2	
zu 3	
zu 4	
zu 5	

Antragsnummer: 0505158
Antragsdatum: 11.08.2007
Maklernummer: 4/623726

Erklärung des Antragsstellers:

Der Antragsteller erklärt sich ausdrücklich, dass die Versicherungssumme den tatsächlichen Unterbrechungsschaden nicht übersteigt. Der Antragsteller verpflichtet sich, eine Änderung dieser Sachlage unverzüglich bekannt zu geben. Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass der Versicherungsvertrag ohne Rücksicht auf die vereinbarte Laufzeit erlischt:
a.) mit Beendigung der angeführten Tätigkeit oder
b.) mit Eintritt der dauernden Arbeitsunfähigkeit oder
c.) mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat.
Der Antragsteller nimmt hinsichtlich der Anmeldung von Ansprüchen zu Kenntnis, dass eine die völlige Arbeitsunfähigkeit bedingende Krankheit bei der zuständigen Direktion unverzüglich schriftlich zu melden ist. Der Antragsteller ist allein für die Richtigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Der Antragsteller und die mitversicherten Personen erklären, dass sie alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäss beantwortet haben, da unwahre Angaben die Ungültigkeit des Versicherungsvertrages zu Folge haben können. Er (Sie) stimmt(en) ausdrücklich zu, dass
a.) der Versicherer die Daten, die sich aus der Antragssachbearbeitung oder der Vertragsdurchführung ergeben zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherungsunternehmen und Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen übermittelt.
b.) Alle Ärzte, Krankenanstalten, Dentisten, Apotheken, Versicherungsträger, Behörden usw. im Sinne des Datenschutzgesetzes ermächtigt sind, der Generali Versicherung AG die zur Antragsprüfung oder Prüfung des Leistungsanspruches erforderlichen Auskünfte zu übermitteln und entbinden diese von ihrer beruflichen Schweigepflicht.

Widerspruchsfrist

Dieser Vertrag gilt auf der Grundlage des Versicherungsscheines, der genannten Bedingungen und der Verbraucherinformation als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 14 Tagen nach Eingang dieser Unterlagen schriftlich widersprechen. Die rechtzeitige Absendung des Widerspruches genügt. Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen und die weitere für den Vertragsinhalt maßgebliche Verbraucherinformation vollständig vorliegen. Widersprechen Sie einem Ersatzvertrag oder einer Vertragsänderung, läuft der bisherige Versicherungsvertrag unverändert weiter.

An diesen Antrag hält sich der Antragsteller 6 Wochen gebunden. Er ermächtigt den Versicherer und seine kontoführende Bank widerruflich, die zu entrichtenden Zahlungen zu Lasten des o.g. Kontos einzuziehen. Eine Kopie hat der Antragsteller per E-Mail erhalten.

X Ort und Datum	**X** Unterschrift des Antragstellers = Versicherungnehmer = versicherte Person	Vermerk KuV24