



Antrag Persönliche D&O



Per Telefax an +49 (731) 27703-967
oder per Post an:

Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung von
Unternehmensleitern und leitenden Angestellten

R+V Allgemeine
Versicherung AG

Raiffeisenplatz 1,
65189 Wiesbaden
Bundesrepublik Deutschland

KuV24-manager.de
Konzept und Verantwortung
Versicherungsmakler GmbH
Postfach 4032
D-89030 Ulm

Telefon-Hotline für Ihre Fragen:
+49 (731) 27703-67

Vermittler Nr.
407 / 184 178

oder per E-Mail an: info@KuV24-manager.de

Bemerkung:

Versicherungssumme, sonstige Vorgaben und Beitragsberechnung

gewünschte **Versicherungssumme***)

1.000.000

€ für Vermögensschäden

*) Die beantragte Versicherungssumme steht zweimal zur Verfügung:
einmal für den Abwehr- und Kostenschutz sowie zusätzlich für
Schadenersatzleistungen.

Anzahl der Mandate

2

Zahlungsweise

jährlich

Ratenzahlungszuschlag:

0%

Versicherungsbeginn*)

01.02.2019

12 Uhr

*) **Rückwärtsversicherung:** Unten stehende Beiträge beinhalten
eine **unbegrenzte** Rückwärtsversicherung für laufende Mandate.
Die Ersatzleistung erfolgt aus der Versicherungssumme der ersten
Versicherungsperiode. Für bei Antragsstellung bereits beendete
Mandate wird kein Versicherungsschutz gewährt.

3-Jahres-Vertrag gewünscht

ja

Ja = 10 % Nachlass

Versicherungsablauf

01.02.2022

12 Uhr

Besondere Vereinbarung:

KuV24-manager Online-Rabatt 20 %,
solange der Vertrag von KuV24-manager.de betreut wird

Jahresnettobeitrag

(zuzüglich gesetzlicher Versicherungssteuer)

1.353,60 €

Versicherungssteuer

19 %

257,18 €

Gesamtjahresbeitrag

1.610,78 €

Beitrag gemäß Zahlungsweise

jährlich

1.610,78 €

Angaben des Versicherungsnehmers

Nachname, Vorname

Lammers, Christoph

PLZ, Ort

30655 Hannover

Straße, Hausnummer, Postfach

Gehägestraße 20 g

Telefon-Nummer

0177 2911056

E-Mail-Adresse

mail@christophlammers.de

Risikoermittlung

	<u>Mandat 1</u>	<u>Mandat 2</u>	<u>Mandat 3</u>
Name des Unternehmens	Lister Krankenhaus gGmbH	Medizinisches Versorgungszentrum Calenberger-Neustadt GmbH	
Tätigkeit / Funktion	Geschäftsführer	Geschäftsführer	
Liegt zum Zeitpunkt der Antragstellung bei dem Unternehmen, bei welchem das zu versichernde Mandat besteht, ein Insolvenzgrund im Sinne der §§ 16 ff. InsO vor?	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☐ nein
Ist das Unternehmen börsennotiert?	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☐ nein
Wurden bereits D&O Ansprüche erhoben bzw. sind Umstände bekannt, die derartige Ansprüche nach sich ziehen können?	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☐ nein
Hat das Unternehmen mehr als 150 Millionen Euro Umsatz?	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☐ nein
Hat bzw. hatte das Unternehmen, in welchem das versicherte Mandat ausgeübt wird, eine Unternehmens-D&O bei der R+V Versicherung?	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☒ nein	☐ ja ☐ nein

Hinweise:

Dieser Antrag gilt **nicht** für Mandate bei Banken / Kreditgenossenschaften, Versicherungen, Spitzenverbänden der Wirtschaft, Gewerkschaften, politischen Parteien, Fondsgesellschaften, Unternehmen im Bereich Erneuerbare Energien sowie im Profisport.
Falls weitere Mandate bestehen, welche in diese Versicherung mit aufgenommen werden sollen, bitte in gesonderter Anlage angeben. Wurde eine der Fragen mit "ja" beantwortet, darf dieser Antrag für dieses Mandat **nicht** verwendet werden.

Besondere Vereinbarungen / Bemerkungen

Der gewährte Nachlass gilt nur, solange dieser Versicherungsvertrag durch KuV24-manager.de - Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH betreut wird. Im Falle eines Vermittlerwechsels entfällt der KuV24-manager Online Rabatt in Höhe von 20 %.

Falls kein Abschluss ab 01.02.2019 möglich, alternativ gerne auch ab 15.02.2019

Vor-/Stammversicherung

Bestehen oder bestanden gleichartige Versicherungen bei anderen Versicherern ?

☒ nein ☐ ja

falls ja:

gekündigt zum:

gekündigt durch:

Gesellschaft:

Vertragsnummer:

Vers.-summe:

Ablauf:

Vorschäden : ☒ nein ☐ ja, Anzahl:

Entschädigung:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die Fragen im Rahmen des Versicherungsvertrages vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Im Rahmen der Risikoprüfung kann zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung, sowie zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten notwendig sein, Informationen mit einem Vorversicherer auszutauschen.

Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die R+V Allgemeine Versicherung AG eine Vertrags- und Schadenauskunft zur Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung bei dem oben genannten Versicherer einholt.

Hannover

Ort

01.02.2019

Datum


Unterschrift des Antragstellers / Versicherungsnehmers*
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter; beide Elternteile oder Vormund)
* sofern kein elektronischer Versand

SEPA-Lastschriftmandat

☐ per Rechnung ☒ per Lastschriftverfahren

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer. Die der R+V Allgemeine Versicherung AG lautet: DE6300100000136090
Zusammen mit der Mandatsreferenz, die wir Ihnen gesondert mitteilen, ist eine eindeutige Identifizierung des (SEPA-) Lastschriftmandats gegeben.

IBAN

[illegible]

☒ Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer.

☐ Der Kontoinhaber ist **nicht** der Versicherungsnehmer.

Adresse des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht

Anrede

Name, Vorname

Name, vorname

Zusatz, Zustellvermerk, Namensergänzung

Zusatz, Zustellvermerk, Namensergänzung

Straße, Hausnummer

Strasse, Hausnummer

Länder-Kennz. Postleitzahl

Landel-Kennel

Ort

Postleitzahl

Postfach

--

--

Ich ermächtige Sie, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Spätestens fünf Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

Hannover

Ort

01.02.2019

Datum

Lemur. S.

Unterschrift des Kontoinhabers*
* sofern kein elektronischer Versand

Bemerkungen:

Bemerkungen:

--

--

--

Empfangsbestätigung (Quittung) zur Übergabe relevanter Dokumente

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass mir die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie die Verbraucherinformationen nach der aufgrund des § 7 Abs. 2 VVG erlassenen Rechtsverordnung in Textform vor Unterzeichnung des Antrags in folgender Weise übergeben wurden:

Nummer(n) der übergebenen Bedingung(en) (oder CODE):

- ☐ Bedingungsheft:
- ☐ CD-Rom:
- ☐ E-mail:
- ☒ pdf-Ausdruck:

☐ Maklervvertrag liegt vor

oder: ☒

Ich bin damit einverstanden, dass ich die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Verbraucherinformationen aufgrund des § 7 Abs. 2 VVG erlassenen Rechtsverordnung in Textform erst mit dem Versicherungsschein erhalte.

Dieses Einverständnis bekunde ich auf der von mir zu unterschreibenden **separaten Zustimmungserklärung**.

Vollständigkeitserklärung / Unterschriften

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen sie bitte die nachfolgenden Seiten des Antrags. Diese enthalten folgende wichtige Hinweise zu Ihrem Versicherungsvertrag: Rechtsfolgen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzungen, Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten im Versicherungsfall, Verbraucherinformationen nach § 1 der „Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen“ (VVG-InfoV) sowie die Schlusserklärung mit der Einwilligungsklausel nach dem „Bundesdatenschutzgesetz“. Sie machen mit Ihrer Unterschrift auch die „Schlusserklärung“ und ggf. die Einzugsermächtigung zum Inhalt dieses Antrages.

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Erklären Sie sich mit nachstehender Regelung einverstanden, erstatten wir Ihnen den Teil des Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt (siehe Widerrufsbelehrung unter Ziffer 6 der Verbraucherinformation): Liegt der Versicherungsbeginn vor Ablauf der zweiwöchigen Widerrufsfrist, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz mit dem Versicherungsbeginn einsetzt (wenn dies nicht gewünscht ist, bitte streichen).

Vermittler*
* sofern kein elektronischer Versand

Ort

Datum



Unterschrift des Antragstellers / Versicherungsnehmers*
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter; beide Elternteile oder Vormund)
* sofern kein elektronischer Versand

Bemerkungen:

Formular drucken