

Norbert Hoppe * Waliser Str. 15 * 71640 Ludwigsburg

KuV24.de
Abt. IT-EKS
Postfach 40 32

89030 Ulm

Ludwigsburg, 26.12.2007

Antrag IT-EKS Nr.: 0505211

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

Norbert Hoppe

Anlage

	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, Landskroningasse 1-3, A-1011 Wien Aufsichtsbehörde: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn	
---	--	---

Antragsteller: Anrede Titel Geschlecht Nachname Vorname Geburtsdatum Familienstand Anzahl Kinder	Herr männlich Hoppe Norbert 28.04.1963 verheiratet 1	Bankverbindung: Kontonummer Bankleitzahl Kreditinstitut Kontoinhaber (falls abweichend) IBAN BIC Abbuchung	115940 60450050 Kreissparkasse Ludwigsburg halbjährlich
---	--	---	--

Adresse: Straße, Hausnummer PLZ Postfach abweichende PLZ Ort Land	Waliser Str. 15 71640 Ludwigsburg Deutschland	Vertragsdaten: Berufsbezeichnung Anzahl der Mitarbeiter Vertragsbeginn Vertragsende	KuV24 IT-Experte Berufsgruppe: 1 0 01.01.2008, 0:00 Uhr 01.07.2018, 0:00 Uhr
--	--	--	---

Kommunikation: Telefon Telefax E-Mail	+49-171-4603132 nhoppe@hoppe-it.de	Bestehende Krankenvers.: Krankenvollversicherung Kasse/Versicherung	privat Debeka
--	---	--	------------------

Zusätzliche Versicherungen: keine Kranken(tage)geldabsicherung keine zusätzliche private Tagegeldversicherung
--

Beantragte IT-EKS-Versicherungsleistung: Karenzzeit Versicherungssummen pro Tag Versicherungssummen pro Jahr	14 Tage 400 € 144.000 €	Jahresbeitrag inkl. VSt. Zahlungsweise halbjährlicher Beitrag anteiliger Beitrag für dieses Halbjahr	2.347,99 € halbjährlich 1.174,00 € 1.174,00 €
---	-------------------------------	---	--

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 Ihr Gewicht in kg 1. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, chronische Leiden (auch Allergien und Schwächen im Immunsystem, HIV positiv, Anomalien, Behinderungen, Unfallfolgen)? 2. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Kur- oder Rehabilitationsbehandlungen stattgefunden? 3. Haben in den letzten 5 Jahren Behandlungen, Operationen oder Untersuchungen stattgefunden? (Regelmäßige Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen OHNE Befund sind von Ihnen NICHT anzugeben) 4. Werden regelmäßig Behandler (Ärzte etc.) aufgesucht, werden regelmäßig Medikamente genommen? (Regelmäßige Check-ups oder Vorsorgeuntersuchungen OHNE Befund sind von Ihnen NICHT anzugeben) 5. Sind ärztliche Behandlungen bzw. Operationen notwendig oder angeraten?		175 72 Nein Ja Ja Nein Nein
--	--	---

zu 1	
zu 2	Kreiskrankenhaus Ludwigsburg 2000- Handgelenkbruch; OP Titanplatte noch im Handgelenk 2003- Blinddarmdurchbruch
zu 3	2003- Blinddarmdurchbruch
zu 4	
zu 5	

Antragsnummer: 0505211
Antragsdatum: 26.12.2007
Maklernummer: 4/623726

Erklärung des Antragstellers:

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 = Versicherungsnehmer = versicherte Person	Vermerk KuV24
---------------------------	--	---------------