



1 ☐ Antrag ☐ Maklervollmacht liegt vor ☐ Maklervollmacht mit SEPA-Lastschrift liegt vor

2 ☐ Angebotsanfrage (Invitatio) Angebot senden an: ☐ Interessent ☐ Vermittler

> Vermittler

Vermittler-Nummer: - Änderung zu Versicherungsnummer:

> Antragsteller/Interessent/Versicherungsnehmer

Herr ☐ Frau ☐ Name: Vorname: Geburtsdatum:

Straße, Hausnummer: PLZ, Wohnort:

Telefon: Telefax: E-Mail:

> Laufzeit **> Dynamik**

Vertragsbeginn, 0.00 Uhr: Vertragsende, 24.00 Uhr: **Vertragsdauer: 1 Jahr.** Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor Ablauf zugegangen sein.

☐ 3% ☐ nein ☐ 5%

> Zahlungsweise

Monat (mind. 5 EUR), Ratenzuschlag 7 % ☐ ¼ Jahr, Ratenzuschlag 5 % ☐ ½ Jahr, Ratenzuschlag 3 % ☐ Jahr ☐

	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Name	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Jetzige Berufstätigkeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Gefahrengruppe	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> K
Invalidität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grundsomme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vollinvalidität	<input type="checkbox"/> ohne Progression	<input type="checkbox"/> ohne Progression	<input type="checkbox"/> ohne Progression	<input type="checkbox"/> ohne Progression
Progression (Plus-Progression nur bei Komplett möglich)	<input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 % <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 % <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 % <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Plus	<input type="checkbox"/> 225 % <input type="checkbox"/> 350 % <input type="checkbox"/> 500 % <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Plus
4 Integralfranchise ab 25 % Invalidität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Todesfallleistung	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Bezugsberechtigt gesetzliche Erbfolge oder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Krankenhaustage- u. Genesungsgeld	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Unfall-Rente monatlich	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Übergangsleistung	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Krebsgeld (nur bei Komplett möglich)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Schmerzensgeld (nur bei Komplett möglich)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Gliedertaxe	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Komfort <input type="checkbox"/> Premium Plus	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Komfort <input type="checkbox"/> Premium Plus	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Komfort <input type="checkbox"/> Premium Plus	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Komfort <input type="checkbox"/> Premium Plus
Beitrag pro Person	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
Abwahl auf	<input type="checkbox"/> Besser (Gliedertaxe Komfort, keine Gesundheitsprüfung) - 7% <input type="checkbox"/> Gut (Gliedertaxe Standard, keine Gesundheitsprüfung) -45% - € <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Besser (Gliedertaxe Komfort, keine Gesundheitsprüfung) - 7% <input type="checkbox"/> Gut (Gliedertaxe Standard, keine Gesundheitsprüfung) -45% - € <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Besser (Gliedertaxe Komfort, keine Gesundheitsprüfung) - 7% <input type="checkbox"/> Gut (Gliedertaxe Standard, keine Gesundheitsprüfung) -45% - € <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Besser (Gliedertaxe Komfort, keine Gesundheitsprüfung) - 7% <input type="checkbox"/> Gut (Gliedertaxe Standard, keine Gesundheitsprüfung) -45% - € <input type="text"/>
5 Hilfe-Paket <input type="checkbox"/> ja (nur für alle Personen)	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>	€ <input type="text"/>
6 Reha-Paket	<input type="checkbox"/> ja € <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja € <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja € <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja € <input type="text"/>
Jahresbeitrag pro Person ohne Nachlässe	= € <input type="text"/>	= € <input type="text"/>	= € <input type="text"/>	= € <input type="text"/>

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.

Die nachstehenden Gesundheitsfragen sind lediglich bei der Wahl der Produktlinie **Einfach Komplett** zu beantworten.

- Bestehen / bestanden Erkrankungen oder Gebrechen, die in den letzten 5 Jahren zu einer stationären **Krankenhausbehandlung** oder zu einer **ambulantem Operation** geführt haben?
- Bestehen / bestanden Erkrankungen oder Gebrechen, die in den letzten 12 Monaten zu einer regelmäßigen **Medikamenteneinnahme** geführt haben? (Unter regelmäßig verstehen wir: Täglich oder in bestimmten Intervallen wiederkehrend und für die Dauer von mindestens 2 Monaten)
- Bestehen / bestanden Erkrankungen oder Gebrechen, die zu einem **Grad der Behinderung** geführt haben?

Eine **detailliertere Liste** der anzugebenden Erkrankungen oder Gebrechen ist auf der nachfolgenden Seite aufgeführt.

Erkrankungen oder Gebrechen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann? <input type="text"/>
Genaue Angaben zu Erkrankung / Gebrechen (ggf. auf gesondertem Blatt)				


Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine gleichartige Versicherung? Sind in den letzten 5 Jahren Unfallschäden gemeldet worden?

Versicherungsgesellschaft(en)				
Vertragsnummer(n)				
Anzahl der Schäden				
Falls gekündigt, von	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer	<input type="checkbox"/> Versicherer <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer

7 Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns diese Fragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten, da wir die Angaben im Rahmen der Risikoprüfung benötigen. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden. Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, besteht unter Umständen keine Leistungspflicht.

Jahresbeitrag aller Personen € <input type="text"/> 10 % Nachlass bei mehreren Personen - € <input type="text"/> = € <input type="text"/>	abzüglich Kombinations-Nachlass 5% Nachlass bei Bestehen von 1 privaten HK Haftpflicht- oder Hausratvertrag == - € <input type="text"/> oder 10% Nachlass == - € <input type="text"/> bei Bestehen von mind. 1 privaten HK Haftpflicht- und 1 HK Hausratvertrag HK-Versicherungsnummern: <input type="text"/> <input type="text"/>	= Jahresbeitrag* (mind. 25,30 €) € <input type="text"/> Beitrag gemäß Zahlungsweise* € <input type="text"/> Versicherungsteuer + € <input type="text"/> Beitrag inkl. Versicherungsteuer gemäß Zahlungsweise = € <input type="text"/> *Beiträge sind kaufmännisch gerundet
--	---	---

Hiermit bestätige ich, dass mir die Verbraucherinformationen gemäß Rückseite Ziffer IV dieses Formulars zur Kenntnis gebracht wurden. Auf die Folgen wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten nach § 19 Abs. 5 VVG wurde gesondert hingewiesen.

			
Ort, Datum	Unterschrift des Antragvermittlers	Unterschrift des Antragstellers	

Ich ermächtige die Haftpflichtkasse, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Haftpflichtkasse auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Haftpflichtkasse wird die erstmalige SEPA-Basislastschrift spätestens fünf Kalendertage vorab ankündigen. **Hinweis:** Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname / Straße, Hausnummer / PLZ, Ort des Kontoinhabers (nur ausfüllen, falls abweichend vom Antragsteller)														
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN	Prüfziffer	Bankleitzahl	Kontonummer (rechtsbündig)											
<input type="text"/>			<input type="text"/>											
Kreditinstitut	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BIC	Ort, Datum													
Unterschrift des Kontoinhabers														

Durch Ihre Unterschrift machen Sie den Inhalt dieses Antrags zum Bestandteil Ihres Vertrages und erklären Ihre Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz sowie zur Entbindung der Schweigepflicht und erklären Ihre Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz und der Datenschutz-Grundverordnung sowie zur Entbindung der Schweigepflicht. Von Ihrem Widerrufsrecht haben Sie Kenntnis.

Ort, Datum		Unterschrift des Antragvermittler		Unterschrift des Antragstellers	
Unterschrift volljährige versicherte Person 1		Unterschrift volljährige versicherte Person 2		Unterschrift volljährige versicherte Person 3	
Unterschrift volljährige versicherte Person 4					

Die Gesundheitsfragen im Überblick

Wir bitten um wahrheitsgemäße Angaben
auf dem Unfallversicherungs-Antrag



Unfall- Versicherung

Herz / Kreislauf / Blutgefäßerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> › Aneurysma › Angina Pectoris (Brustenge) › Arterielle Verschlusskrankheiten 	<ul style="list-style-type: none"> › Arterienverkalkung (Arteriosklerose) › Bypass (Stent) › Herzinfarkt (Myokardinfarkt) 	<ul style="list-style-type: none"> › Herzleiden / -erkrankung › Herzrhythmusstörungen › Thrombose
Wirbelsäule / Bewegungsapparat	<ul style="list-style-type: none"> › Amputation › Arthritis / Rheuma (Gelenkentzündung) › Arthrose (Gelenkverschleiß) › Bänder-Schäden / -Risse / -Entzündung › Bandscheibenschaden/-vorfall › Bauchwandbrüche › Bechterew-Krankheit › Borreliose › Fibromyalgie › Fraktur(en) 	<ul style="list-style-type: none"> › Gelenkversteifung(en) › Gichterkrankung › Glasknochenkrankheit › Knochen-/ Knorpelerkrankung › Luxation(en) › Marfan-Syndrom › Meniskusschäden › Muskel-Schäden/ -Risse/ -Entzündung/ -Schwund › Osteoporose › Paget-Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> › Parese / Lähmung › Rheumaerkrankung › Rückenmarkserkrankung › Sehnen-Schäden / -Risse / -Entzündung (z.B. Impingement-Syndrom) › Skoliose / Kyphose › Spina bifida › Spinalkanalstenose › Spondylolisthesis / Spondylolyse
Gehirn / Nerven / Psyche	<ul style="list-style-type: none"> › Alzheimer / Demenz / Gedächtnisverlust › Aufmerksamkeitsdefizit / ADS / ADHS › Autismus › Burn-Out / Adynamie / Fatigue-Syndrom › Chorea major (Huntington) › Chorea minor (Sydenham) › Depressionen › Epilepsie / sonst. Krampfanfälle 	<ul style="list-style-type: none"> › Erkrankungen / Störungen des zentralen oder peripheren Nervensystems › Hirnnervenschädigung/-lähmung › Komplexes regionales Schmerzsyndrom › Morbus Sudeck / CRPS › Manisch depressive Erkrankung › Multiple Sklerose › Neurose 	<ul style="list-style-type: none"> › Paranoia › Parkinson › Persönlichkeitsstörung › Psychose › Schädelhirntrauma 2./3. Grades › Schizophrenie › Schlaganfall (Apoplex)
Blut / Immunsystem / Stoffwechsel	<ul style="list-style-type: none"> › AIDS/HIV › Bluterkrankheit (Hämophilie) 	<ul style="list-style-type: none"> › Diabetes Mellitus › Mukoviszidose / zystische Fibrose 	<ul style="list-style-type: none"> › Sonstige Blutgerinnungsstörungen, auch durch Medikamente (z.B. Marcumar)
Tumor / Krebs / Zyste	<ul style="list-style-type: none"> › Tumor (gutartig / bösartig) › Knochenmark-/Stammzelltransplantation(en) 	<ul style="list-style-type: none"> › Krebserkrankung › Zysten 	
Innere Organe	<ul style="list-style-type: none"> › Bauchspeicheldrüsen-Erkrankung › COPD › Colitis Ulcerosa › Fibrose 	<ul style="list-style-type: none"> › Leberleiden/-erkrankung › Morbus Crohn › Nierenleiden/-erkrankung 	<ul style="list-style-type: none"> › Organtransplantation › Sarkoidose › Tuberkulose
Augen / Ohren	<ul style="list-style-type: none"> › Blindheit / Halbseitenblindheit › Dioptrien -8 oder mehr (Kurzsichtigkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> › Hornhautverletzung › Menière-Krankheit 	<ul style="list-style-type: none"> › Netzhauterkrankung/-verletzung
Suchterkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> › Alkoholmissbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> › Drogenmissbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> › Medikamentenmissbrauch
Fehlbildungen / Prothesen / Implantate	<ul style="list-style-type: none"> › Amputation › Fehlbildung(en) Gliedmaße, Organe, Gehirn, Sinnesorgane 	<ul style="list-style-type: none"> › Künstlicher Darmausgang › Prothese / Implantat Gliedmaße, Organe, Sinnesorgane 	
Kortison- (Cortison-) Therapie	<ul style="list-style-type: none"> › Erkrankung / Gebrechen unter Einnahme Kortison (Cortison) 		

Die Gliedertaxe im Überblick

Stand 01.06.2019



Unfall- Versicherung

	Gliedertaxe Standard (%)	Gliedertaxe Komfort (%)	Gliedertaxe Premium Plus (%)
Arm	70	80	100
Arm bis oberhalb Ellenbogengelenk	65	80	100
Arm unterhalb Ellenbogengelenk	60	80	100
Hand	55	75	90
Daumen	20	30	45
Zeigefinger	10	20	30
anderer Finger	5	10	20
sämtliche Finger einer Hand	55	75	90
Bein über Mitte Oberschenkel	70	80	100
Bein bis mind. Mitte Oberschenkel	60	80	100
Bein unterhalb Knie	50	80	100
Bein bis Mitte Unterschenkel	45	80	100
Fuß	40	60	70
große Zehe	5	15	20
andere Zehe	2	5	10
Sehkraft ein Auge	50	60	70
Gehör ein Ohr	30	45	50
Geruch	10	20	25
Geschmack	10	20	25
Stimme	100	100	100
Mehrleistung bei Verletzung beider Ohren oder Augen	–	✓	✓
Niere	20	25	30
beide Nieren	100	100	100
Milz	10	10	20
Milz Kinder unter 14 Jahre	20	20	20
Gallenblase	10	10	20
Magen	20	20	30
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25	25	30
Lungenflügel	50	50	50



1 Bitte beachten Sie bei einem Antrag:

Makler mit Vollmacht können die Vertragsunterlagen gemäß § 7 VVG für den Antragsteller in Empfang nehmen. Bitte bestätigen Sie für diesen Fall das Vorliegen einer entsprechenden Vollmacht. Sofern keine Vollmacht vorliegt, müssen dem Antragsteller rechtzeitig vor seiner Vertragserklärung die Unterlagen gemäß § 7 VVG in Textform übergeben werden. Bitte bestätigen Sie die Übergabe der Unterlagen durch das Feld „Empfangsbestätigung“.

2 Bitte beachten Sie bei einer Angebotsanfrage:

Für eine Angebotsanfrage ist weder eine Maklervollmacht noch eine Übergabe der Unterlagen gemäß § 7 VVG erforderlich. Diese Unterlagen werden von uns zusammen mit dem Angebot übersendet. Nach dem Übersenden des Angebots muss der Antragsteller die Annahme lediglich bestätigen, um Versicherungsschutz zu erlangen.

I. Verbraucherhinweise

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Haftpflichtkasse daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die Haftpflichtkasse ferner Ihre Schweigepflichtbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Dienstleister, weiterleiten zu dürfen. Einwilligungs- und Schweigepflichtbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Haftpflichtkasse unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

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

- durch die Haftpflichtkasse selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Haftpflichtkasse (unter 2.)
- und wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Haftpflichtkasse

Ich willige ein, dass die Haftpflichtkasse die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der Haftpflichtkasse

Die Haftpflichtkasse verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

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

Die Haftpflichtkasse führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, in Teilen nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Haftpflichtkasse Ihre Schweigepflichtbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die Haftpflichtkasse führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Haftpflichtkasse erheben, verarbeiten oder nutzen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann bei der Haftpflichtkasse angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Haftpflichtkasse Ihre Einwilligung. Ich willige ein, dass die Haftpflichtkasse meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Haftpflichtkasse dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Haftpflichtkasse Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Haftpflichtkasse

Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Haftpflichtkasse aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos

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

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

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

2.3 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Haftpflichtkasse gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

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

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Haftpflichtkasse Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

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

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos vor dem Abschluss des Versicherungsvertrages, zur Abwicklung des Vertragsverhältnisses, insbesondere im Leistungsfall, benötigen wir personenbezogene Daten von Ihnen. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser Daten ist grundsätzlich gesetzlich geregelt. Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der gültigen Datenschutzgesetze sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze streng einzuhalten, sondern darüber hinaus weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Erläuterungen dazu können Sie den Verhaltensregeln entnehmen, die Sie im Internet unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datenschutz abrufen können. Ebenfalls im Internet unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datenschutz können Sie Listen der Auftragnehmer und der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, abrufen. Auf Wunsch händigen wir Ihnen auch gerne einen Ausdruck dieser Listen oder der Verhaltensregeln aus. Bitte wenden Sie sich dafür an: Die Haftpflichtkasse VVaG, Darmstädter Str. 103, 64380 Roßdorf, Tel. 06154/601-0, info@haftpflichtkasse.de.

Ausführliche Informationen über die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte finden Sie in den Verbraucherinformationen, welche Ihnen vor Antragstellung in Textform mitgeteilt wurden. Diese halten wir zudem auf unserer Internetseite unter www.haftpflichtkasse.de/unternehmen/datenschutz in der jeweils aktuellen Version für Sie abrufbereit.

Haben Sie uns neben Ihren eigenen personenbezogenen Daten auch Daten weiterer Personen genannt (z. B. mitversicherte Personen/Lebenspartner, abweichende Kontoinhaber etc.), geben Sie die vorliegenden Informationen zur Verwendung der Daten bitte auch an diese weiter.

3 Information zur Gefahrengruppeneinstufung

Personen, die einen Beruf ausüben, der im „Berufsgruppenverzeichnis der Gefahrengruppe B1 bzw. B2“ oder in der „Liste der nicht versicherbaren Berufe“ genannt wird, werden in die Gefahrengruppe B1 bzw. B2 eingestuft bzw. können nicht versichert werden. Das „Berufsgruppenverzeichnis der Gefahrengruppe B1 bzw. B2“ und die „Liste der nicht versicherbaren Berufe“ liegen den Vertragsunterlagen gemäß § 7 VVG bei. Wird eine der genannten Tätigkeiten der Gefahrengruppe B1 bzw. B2 im Rahmen einer Berufsausbildung oder einer Beschäftigung im Hotel- oder Gaststättengewerbe ausgeübt, wird diese Person, trotz Nennung des Berufs, in die Gefahrengruppe A eingestuft. Alle weiteren Personen werden ebenfalls in die Gefahrengruppe A eingestuft.

4 Integralfranchise

Wird für eine versicherte Person eine Integralfranchise beantragt, besteht kein Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von 25 % oder weniger führt. Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von über 25 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.

5 Hilfe-Paket

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass eine versicherte Person einen Unfall erlitten hat und aufgrund dieses Unfalls hilfebedürftig ist. Hilfebedürftig ist eine Person, wenn sie für eine Reihe von häufigen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zur Sicherung ihrer persönlichen Existenz im Ablauf eines jeden Tages fremder Hilfe bedarf.

6 Reha-Paket

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass eine versicherte Person einen Unfall erlitten hat. Das Reha-Management bietet nach einem Unfall die optimale Begleitung und umfassende Unterstützung bei Gesundheitsschäden, um die versicherte Person schnellstmöglich ins Leben zurück zu helfen.

7 Risikoprüfung

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

8 II. Vertragsgrundlagen

Das Versicherungsverhältnis richtet sich nach dem Antrag und etwaigen Antragsergänzungen, den Unfallversicherungsbedingungen, den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung, etwaigen Zusatzbedingungen sowie der Satzung der Haftpflichtkasse.

III. Verbraucherinformationen

Die Verbraucherinformationen der Unfallversicherung bestehen aus dem Produktinformationsblatt zur Unfallversicherung Einfach, den Allgemeinen Informationen für den Versicherungsnehmer, dem Hinweis zu § 19 VVG, der Widerrufsbelehrung, den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung, den Besonderen Bedingungen zur Unfallversicherung Einfach, den Klauseln zur Unfallversicherung, den Besonderen Bedingungen zum Reha-Management, den Besonderen Bedingungen zum Hilfe-Paket, den Allgemeinen Tarifbestimmungen für die Unfallversicherung Einfach, den Hinweisen zum Datenschutz und der Satzung der Haftpflichtkasse.

IV. Gültigkeit der Verbraucherinformationen

Dem Datum der Antragstellung (Antragsdatum) liegen die Verbraucherinformationen in der zum Antragsdatum gültigen Fassung zu Grunde.

9 V. Schlusserklärung

Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit, sonst gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Der Antragsteller bestätigt, dass seine Erklärungen zu den Gefahrumständen vollständig schriftlich niedergelegt wurden. Eine unrichtige Beantwortung vorstehender Fragen nach Gefahrumständen sowie arglistiges Verschweigen auch sonstiger Gefahrumstände können den Versicherer berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen. Nebenabreden gelten nur, wenn sie von der Gesellschaft bestätigt worden sind.

Versicherer

Versicherer für die Unfallversicherung ist die Haftpflichtkasse. Sämtliche Erklärungen, Mitteilungen und Anzeigen sowie die Erhebung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen sind an die Haftpflichtkasse unter folgender Anschrift zu richten: Die Haftpflichtkasse, Darmstädter Str. 103, 64380 Roßdorf.

Geltendes Recht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Service

Es ist unser Ziel, Sie als Kundin/Kunde zufriedenzustellen. Zuständig für die mit Ihrem Versicherungsvertrag in Zusammenhang stehenden Wünsche sind Ihre Vermittlerin oder Ihr Vermittler sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unseres Hauses. Falls es dennoch einmal zu Reklamationen kommt, stehen Ihnen zur Verfügung:

- Ihre Vermittlerin/Ihr Vermittler
- der Vorstand der Haftpflichtkasse VVaG
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
 - Bereich Versicherungen –
- Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
- Versicherungsombudsmann e.V.
 - Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Die Haftpflichtkasse VVaG

Darmstädter Straße 103, 64380 Roßdorf
0 61 54 / 6 01 - 12 77
0 61 54 / 6 01 - 22 88
E-Mail: info@haftpflichtkasse.de
Internet: www.haftpflichtkasse.de
Handelsregisternummer:
HRB 1204 Registergericht Darmstadt



Leistungsübersicht Hilfe-Paket

Hilfeleistungen

bis 6 Monate

Arzneimittelversand
Arztsuche
Besorgungen und Einkäufe
Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
Erstgespräch
Fahrdienst zu Ärzten, zur Krankengymnastik, Therapie oder zu Behörden
Hausnotrufdienst
Menüservice
Tag- und Nachtwache
Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung
Wohnungsreinigung

Organisatorische Leistungen

bis 6 Monate

Hausmeisterdienst
Krankenrücktransport
Medizinische Abklärung
Pflegeplatzgarantie
Überführungen
Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen und der Wohnung
Vermittlung von Pflegehilfsmitteln und einer Tierbetreuung

Unfallpflegeleistungen

24-Stunden-Pflegenotruf/Notfallservice
Grundpflege (bis 4 Wochen)
Pflegeberatung
Pfleges Schulung für Angehörige

Familien-Hilfe

bis 4 Wochen

Angehörigenhilfe (u.a. Menüservice, Wohnungsreinigung)
Kinder-Assistance
Leistungen für Familienangehörige der versicherten Person