

Antrag Unfallversicherung

(Gruppenunfallversicherung – exklusiv für BDS-Mitglieder und deren Familie)

Risikoträger: Stuttgartar Versicherung AG – (alle Beiträge exkl. Vers.-Steuer) Vermittler Nr.:

per Fax an 02102-709076

I. Angaben zum Versicherungsnehmer(VN):

1. Name : _____
 Vorname: : _____
 Anschrift: : _____

 E-Mail: : _____ Tel.: _____
 BDS-Mitglieds Nr.: : _____ Geb.- Datum: ____ . ____ . ____
 Arbeitgeber : _____
 Straße : _____ Ort: _____

II. Angaben zu weiteren zu versichernden Personen (VP):

2. (Ehe-/Lebenspartner) Name, Vorname, Geburtsdatum : _____
 3. (Kind) Name, Vorname, Geburtsdatum : _____
 4. (Kind) Name, Vorname, Geburtsdatum : _____

Vertragsgrundlage: BDS - Mitgliedschaft / Versicherbar sind Selbstständige, Unternehmenslenker und deren Lebenspartner (Aufnahme bis zum 75. Lebensjahr) / Kinder (bis zum 18. Lebensjahr bzw. bis zum 25. Lebensjahr sofern in Erstausbildung.)

III. Leistungsarten/Jahresbeitrag:

K Komfort-Schutz	E Existenz-Schutz	B Basis-Schutz	
1 Mio. EUR 200.000 EUR	500.000 EUR 100.000 EUR	250.000 EUR 50.000 EUR	Vollinvalidität Grundinvalidität + 500'er Progression und verbesserter Gliedertaxe Unfall-Todesfalleistung lebenslange Unfallrente (ab 50% Inv.) mit Hinterbliebenenabsicherung (10 J.) Bergungskosten kosmetische Operationen jährlicher Beitrag pro Person
200.000 EUR 2.000 EUR	100.000 EUR 1.000 EUR	50.000 EUR 500 EUR	
100.000 EUR 10.000 EUR	100.000 EUR 10.000 EUR	100.000 EUR 10.000 EUR	
300,- EUR	150,- EUR	75,- EUR	

IV. Tarifauswahl: Gilt für (bitte entsprechendes Tarifikürzel eintragen) ½ jährl. Zahlweise zzgl. **3%**
 VN **VP2** **VP 3** **VP4** ¼ jährl. Zahlweise zzgl. **4%**

V. Vertragsdaten: Versicherungsbeginn: ____ . ____ . ____ Hauptfälligkeit: 01.09.Jahr

Vertragslaufzeit: 1 Jahr mit automatischer Verlängerung von Jahr zu Jahr, wenn der Vertrag nicht mit einer Frist von 3 Monaten zur Hauptfälligkeit von einem der Vertragspartner schriftlich gekündigt wird (s. Vers. Bed.)

Der Versicherungsbeitrag wird in Rechnung gestellt. Ein SEPA-Mandat übermittelt der Versicherer mit der Versicherungsurkunde. Bitte die Schweigepflichtentbindung-, und Datenschutzerklärung diesem Antrag beifügen.

 Ort, Datum Unterschrift Beitretender Unterschrift VP Unterschrift VP Unterschrift VP (ab 18J.)