
PROXIMUS⁵
PRIVATKUNDEN

Anträge und Vertragsspiegel

HAUSRAT/ GLAS

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Hausrat- und Glasversicherung - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr.

Versicherungsschein-Nr.

Antragseingang

Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.Antragsteller/
Versicherungs-
nehmerAnrede Herr Frau

Besondere Anredetitel

Name

Geburtsname

Vorname

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*)

Branche

 angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Telefon (privat)

Telefon (geschäftlich)

Telefon (mobil)

E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Allgemeine Angaben

1. Sind Sie Mieter oder Eigentümer
 einer Wohnung eines Einfamilien-/Reihenhauses oder eines Mehrfamilienhauses?
2. Ist die Wohnung länger als 60 Tage ununterbrochen unbewohnt oder unbeaufsichtigt? nein ja
3. Handelt es sich um eine ständig bewohnte Wohnung/Einfamilienhaus innerhalb oder außerhalb eines geschlossenen Wohngebietes?
 eine Zweit-/Ferienwohnung in einem ständig bewohnten Gebäude
 eine Zweit-/Ferienwohnung in einem nicht ständig bewohnten Gebäude

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

4. Wie wird die Wohnung genutzt? Eigennutzung Vermietung als Ferienwohnung, -haus

5. Handelt es sich um eine Wohngemeinschaft? ja nein Namen der Mitbewohner

6. Garagen außerhalb des Versicherungsgrundstückes sind vorhanden.

Straße, Haus-Nr.

Postleitzahl, Wohnort

Zahlungsweise
Nachlass jährlich
5% halbjährlich
3% vierteljährlich
2% monatlich
0%

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn
- 0:00 Uhr -Versicherungsablauf
- 24:00 Uhr -

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

Vorversicherungen / Vorschäden

Besteht oder bestand für Sie oder andere Mitglieder Ihres Haushaltes schon eine Hausrat- oder Glasversicherung? nein ja _____

Wurde die Hausrat- o. Glasversicherung gekündigt? nein ja, durch Antragsteller ja, durch Versicherer

Versicherer _____ Vers.-Nummer _____ Ablauf _____

Sind in den letzten 5 Jahren Schäden eingetreten, auch wenn hierfür keine Leistung erfolgte? ja nein Anzahl der Schäden _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Hausratversicherung

Unterversicherungsverzicht Wir verzichten, die Entschädigung wegen Unterversicherung zu kürzen, wenn die Versicherungssumme wie folgt ermittelt wird (vgl. Klausel 7712)

m² Wohnfläche (bitte immer angeben) _____ x Mindest-Versicherungssumme = Versicherungssumme gerundet auf volle 100 € _____ €

Von mir frei errechnete Versicherungssumme _____ €

Tarifzone HI HII HIII HIV HV HVI

Grundprämienatz in ‰ nach Ziffer 2.1 Tarif Hausrat

Zutreffendes ist anzukreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

Prämienätze für zusätzliche Einschlüsse in ‰ nach Ziffer 2.2 Tarif Hausrat:

Prämienätze in ‰

Wertsachen: Die Entschädigung ist begrenzt auf 20 % der Versicherungssumme.
 Erhöhung auf _____ (max. 50 %) _____

Klausel 7110 Mitversicherung von Fahrrädern gegen einfachen Diebstahl mit
 1% 2% 3% 4% oder _____ % der Versicherungssumme _____

Gefahrerhöhung durch vorübergehendes Unbewohntsein über die Dauer von 60 Tagen hinaus _____

Gefahrerhöhung durch feuergefährliche Betriebe innerhalb des Gebäudes _____

Klausel 7112 Datenrettungskosten _____

Einschluss weiterer Naturgefahren (gilt nur für ständig bewohnte Wohnungen) Sind in den letzten 10 Jahren Schäden angefallen? nein ja, Schadendatum, Schadenhergang, Schadenhöhe: _____

Gesamtprämienatz in ‰ _____

Nettojahresprämie in € (Mindestjahresprämie 40 €)

Versicherungssumme _____ € x Gesamtprämienatz _____ ‰ _____ €

Klausel 7710 Selbstbehalt: Wird eine Selbstbeteiligung in Höhe von 500 € je Versicherungsfall vereinbart, reduziert sich die Tarifprämie um 20 % - _____ €

= _____ €

Dauernachlass (3 Jahre 10 %) - _____ €

= _____ €

Abschlag gemäß Zahlungsweise - _____ €

= _____ €

Nettoprämie gemäß Zahlungsweise = _____ €

Versicherungsteuer + _____ €

Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise = _____ €

Widerrufsrecht	Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.
Datenverarbeitung	Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.
Empfangsbestätigung	Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.
Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz	<p>Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.</p> <p>Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.</p> <p>Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.</p>

Datum/Unterschrift Antragsteller
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Vertragsspiegel Hausratversicherung



Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst	
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf		A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf		
Ehepartner/ eingetragener Lebenspartner/ Partner in häuslicher Gemeinschaft						
Kinder						
Anschrift						
Versicherungsort						

Versicherungs- nachweis	Versicherungsnummer		Versicherungssumme	
	Bedingungen		Klauseln	
	Beginn		Zahlungsweise	
	Ablauf		Prämie/Rate (netto)	
	Fälligkeit		Prämienkonto	
	Versicherte Gefahren		Selbstbeteiligung	
	Wohnfläche (m²)		besondere Gefahrenverhältnisse	
	zusätzliche Einschlüsse			

Gebäude- und Mobiliar- verglasung	Wohnfläche (m²)	
	Gebäudetyp	
	besondere Gegenstände	

Schadenquote der letzten 5 Jahre Leistungsfälle	Datum	Beschreibung	Besondere Hinweise	Leistungsbetrag

WOHN- GEBÄUDE

Vorversicherungen / Vorschäden

Bestehen oder bestanden bereits eine Wohngebäude- oder Glasversicherung? nein ja _____

Wurde die Wohngebäude- oder Glasversicherung gekündigt? nein ja, durch Antragsteller ja, durch Versicherer

Versicherer _____ Vers.-Nummer _____ Ablauf _____

Sind in den letzten 5 Jahren Schäden eingetreten, auch wenn hierfür keine Leistung erfolgte? ja nein Anzahl der Schäden _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Schadenjahr _____ Schadenhöhe _____ Schadenursache _____

Bitte nur beantworten, wenn weitere Naturgefahren (Elementargefahren) versichert werden sollen:

Sind auf dem Versicherungsgrundstück an zu versichernden Sachen innerhalb der letzten 10 Jahre bereits weitere Naturgefahren (Elementargefahren) angefallen, auch wenn keine Versicherung hierfür bestand?

nein ja, Schadendatum, Schadenhergang, Schadenhöhe in € _____

Wohngebäudeversicherung

Das Gebäude soll gegen folgende Gefahren versichert werden:

Feuer Leitungswasser Sturm/Hagel weitere Naturgefahren (Elementargefahren)

Feuerrohbauversicherung, wenn das Gebäude noch nicht fertiggestellt ist; voraussichtlicher Fertigstellungstermin: _____
Das Gebäude ist für die Zeit des Rohbaus, längstens 12 Monate, prämienfrei gegen Feuer versichert.

Zutreffendes ist anzukreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

Grundprämiensätze in ‰ nach Ziffer 2.1 Tarif Wohngebäude:

F _____ LW _____ St/H _____ weitere Naturgefahren _____ Gesamt: _____ ‰

Zuschläge zur Grundprämie für besondere Gefahrenverhältnisse

Andere Bauweise

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Fertighäuser der Gruppe 2 und 3:
0,15 ‰ Zuschlag für die Gefahr F | <input type="radio"/> Gebäude aus Holz usw. mit weicher Dachung (BAK V):
2,85 ‰ Zuschlag für die Gefahr F |
| <input type="radio"/> Holz- und ähnliche Gebäude mit harter Dachung (BAK III):
0,80 ‰ Zuschlag für die Gefahr F | <input type="radio"/> Ferien- und Wochenendhäuser oder sonstige nicht ständig bewohnte Gebäude:
0,55 ‰ Zuschlag für die Gefahr F
0,05 ‰ Zuschlag für die Gefahr LW |
| <input type="radio"/> Gebäude aus Stein usw. mit weicher Dachung (BAK IV):
2,10 ‰ Zuschlag für die Gefahr F | <input type="radio"/> Schwimmbecken im Gebäude:
0,15 ‰ Zuschlag für die Gefahr LW |

Prämiensätze für zusätzliche Einschlüsse in ‰ nach Ziffer 2.3 Tarif Wohngebäude:

Prämiensätze

- | | |
|--|---------|
| <input type="radio"/> Klausel 7167 Kosten für die Beseitigung von Rohrverstopfungen bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> Klausel 7168 Datenrettungskosten in der Privatversicherung | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> Klausel 7260 Weitere Zuleitungsrohre auf dem Grundstück bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> Klausel 7261 Weitere Zuleitungsrohre außerhalb des Grundstücks bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> Klausel 7264 Weiteres Zubehör und sonstige Grundstücksbestandteile bis 1 % oder _____ % der Versicherungssumme* | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> Klausel 7361 Gebäudebeschädigungen durch unbefugte Dritte an Zwei- und Mehrfamilienhäusern bis 5 % der Versicherungssumme* | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> Klausel 7362 Kosten für die Dekontamination von Erdreich bis 2 % oder _____ % der Versicherungssumme*, max. 20.000 € | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> Klausel 7363 Aufräumungskosten für Bäume bis 2.000 € | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> Klausel 7366 Graffiti-schäden max. 10.000 €; Selbstbeteiligung 500 € je Versicherungsfall | _____ ‰ |
| <input type="radio"/> weitere Klauseln (Prämien auf Anfrage): _____ | _____ ‰ |
| Gesamtprämiensatz | _____ ‰ |

*Bei Gleitender Neuwertversicherung: multipliziert mit dem im Zeitpunkt des Versicherungsfalles geltenden Anpassungsfaktor.

Versicherungssumme 1914 _____ Mark × Gesamtprämiensatz _____ ‰ = Jahresprämie 1914 _____ Mark × Anpassungsfaktor _____ = Nettjahresprämie in € _____ (Mindestjahresprämie 40 €)
--

<input type="radio"/> Nett Jahresprieme in €	=	€
<input type="radio"/> Neubaurabatt	-	€
	=	€
<input type="radio"/> Mehrfamilienhausrabatt	-	€
	=	€
<input type="radio"/> Rabatt wegen Selbstbeteiligung (Klausel 7761)	-	€
	=	€
<input type="radio"/> Dauernachlass (3 Jahre 10 %)	-	€
	=	€
<input type="radio"/> Abschlag gemäß Zahlungsweise	-	€
	=	€
Nettoprieme gemäß Zahlungsweise	=	€
Versicherungsteuer	+	€
Bruttoprieme gemäß Zahlungsweise	=	€

Glasversicherung Versichert sind Gebäude- und Mobilierverglasungen bei Bruchschäden für

Nettojahresprieme in €
(Mindestjahresprieme 20 €)

ein Einfamilienhaus (Einzel- oder Reihenhaus, Doppelhaushälfte) mit _____ m ² Wohnfläche		€
Zusätzlich sind bis jeweils 500 € je Schadenfall prämiemfrei mitversichert:		
1. Künstlerisch bearbeitete Glasscheiben, -spiegel, -platten	Erhöhung auf _____ € je Schadenfall	+ €
2. Sonderkosten für Gerüste und Kräne	Erhöhung auf _____ € je Schadenfall	+ €
3. Beseitigung von Hindernissen wie z. B. Schutzgitter	Erhöhung auf _____ € je Schadenfall	+ €
<input type="radio"/> Sonstige versicherte Sachen/Kosten (Prieme auf Anfrage) _____		+ €
Nettojahresprieme in €	=	€
<input type="radio"/> Dauernachlass (3 Jahre 10 %)	-	€
	=	€
<input type="radio"/> Abschlag gemäß Zahlungsweise	-	€
	=	€
Nettoprieme gemäß Zahlungsweise	=	€
Versicherungsteuer	+	€
Bruttoprieme gemäß Zahlungsweise	=	€

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
 Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
 Gläubiger-ID: xxx

Name, Vorname: Antragsteller	Name, Vorname: Kontoinhaber <i>(falls vom Antragsteller abweichend)</i>
Anschrift: Kontoinhaber	
BIC	IBAN
Name des Kreditinstitutes	
Datum/Unterschrift: Antragsteller	Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
 Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Datenverarbeitung

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Empfangsbestätigung

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten.
 Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.
 Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Datum/Unterschrift Antragsteller

(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler

Vertragsspiegel Wohngebäudeversicherung



Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	
	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	
Ehepartner/ eingetragener Lebenspartner/ Partner in häuslicher Gemeinschaft	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Kinder	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Anschrift					
Versicherungsort					

Versicherungs- nachweis	Versicherungsnummer		Versicherungssumme	
	Bedingungen		Klauseln	
	Beginn		Zahlungsweise	
	Ablauf		Prämie/Rate (netto)	
	Fälligkeit		Prämienkonto	
	Versicherte Gefahren		VS 1914 (Ermittlungsbogen)	
	Gebäudetyp		Baujahr	
	Wohnfläche (m²)		besondere Gefahrenverhältnisse	
	zusätzliche Einschlüsse		Selbstbeteiligung	
	Hypothekendarlehen			

Gebäude- und Mobiliar- verglasung	Wohnfläche (m²)	
	Gebäudetyp	
	Besondere Gegenstände	

Schadenquote der letzten 5 Jahre Leistungsfälle	Datum	Beschreibung	Besondere Hinweise	Leistungsbetrag

Ermittlung der Versicherungssumme 1914 für Wohngebäude



nach Wohnfläche und Ausstattungsmerkmalen (nur für Ein- und Zweifamilienhäuser der Bauartklassen I und II oder Fertighausgruppe 1, die mindestens zu 50 % Wohnzwecken dienen)

WOHNGEBÄUDE

Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr.
 Antragseingang
 Antragsnummer

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel

Name Geburtsname

Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Versicherungsgrundstück (nur angeben, wenn abweichend von der oben stehenden Anschrift)

1. Ermittlung des Gebäudetyps

Auch für Reihenhäuser, Häuser in Hanglage und mit anderen als den eingezeichneten Dachneigungen. Anzukreuzen ist der am ehesten passende Gebäudetyp, wenn das Gebäude nicht eindeutig zuzuordnen ist.

Wert 1914

EG = Erdgeschoss OG = Obergeschoss DG = Dachgeschoss

ohne
Unterkellerung



- Flachdach EG
- Flachdach EG+OG
- DG nicht ausgebaut EG
- DG ausgebaut EG
- DG nicht ausgebaut EG+OG
- DG ausgebaut EG+OG

Wert 1914
pro m² Wohnfläche
in Mark (M)

160
160
160
140
140
130
M

mit Unterkellerung
(auch Teil-
unterkellerung)



- Flachdach EG
- Flachdach EG+OG
- DG nicht ausgebaut EG
- DG ausgebaut EG
- DG nicht ausgebaut EG+OG
- DG ausgebaut EG+OG

Wert 1914
pro m² Wohnfläche
in Mark (M)

190
190
190
165
165
150
M

2. Ermittlung der Bauausführungen und -ausstattungen

Der für den jeweiligen Gebäudetyp angegebene Wert berücksichtigt folgende übliche Bauausführungen und -ausstattungen: Wert 1914

Außenwände mit gefugtem Mauerwerk, Putz, Verkleidung oder Verblendsteinen; Parkett-, Teppich- oder Fliesenböden; Doppelfenster oder Isolierverglasung; Nassräume und Küche gefliest; Bad / Dusche; Zentralheizung und zentrale Warmwasserversorgung

	Bauausführung			Innenausbau			Installation					
	Dach	Außenwände	Decken/Wände	Fußböden	Fenster	Türen	Sanitär	Heizung				
	Naturschieferdach, Kupferdach	Naturstein-, Keramik-, Kunststeinverkleidung, Handstrich-Klinker	Stuckarbeiten, Edelholzverkleidungen	Natursteinböden, Parkett- oder Teppichböden in hochwertiger Qualität	Leichtmetall- oder Holz-sprossenfenster	Edelholztüren	hochwertige sanitäre Einrichtungen	Wärmepumpe, Solaranlagen, Fußboden- und Deckenheizung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+	M
Zuschläge Wert 1914 pro m ² Wohnfläche in Mark (M)	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6				
				PVC-Böden auf Estrich	einfaches Fensterglas		ohne Bad / Dusche	Ofenheizung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	M
Abschläge Wert 1914 pro m ² Wohnfläche in Mark (M)				<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3		<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4				

3. Wert 1914 pro m² Wohnfläche Summe der Werte 1914 = M

4. Ermittlung der Wohnfläche

	Wohnfläche	Gewerbliche Nutzfläche	
4.1 Wohnfläche Dachgeschoss	<input type="text"/> m ²	<input type="text"/> m ²	
4.2 Wohnfläche Obergeschoss	<input type="text"/> m ²	<input type="text"/> m ²	
4.3 Wohnfläche Erdgeschoss	<input type="text"/> m ²	<input type="text"/> m ²	
4.4 Wohnfläche gesamt	<input type="text"/> m ²	<input type="text"/> m ²	= <input type="text"/> m ²
4.5 Wohnfläche Kellergeschoss	<input type="text"/> m ²	<input type="text"/> m ²	= <input type="text"/> m ²

Anmerkung: Wohnfläche ist die Grundfläche einer Wohnung einschließlich Hobbyräume; ausgenommen sind jedoch Treppen, Kellerräume und Speicherräume (soweit nicht zu Wohn- und Hobbyzwecken ausgebaut), Balkone, Loggien und Terrassen.

5. Ermittlung der Versicherungssumme 1914

Wohnfläche gemäß Ziffer 4.4	<input type="text"/> m ²	× Wert 1914 gemäß Ziffer 3	<input type="text"/> M	=	<input type="text"/> M
Wohnfläche Keller gemäß Ziffer 4.5	<input type="text"/> m ²	× Zuschlag für Wohnflächenausbau	15 M	=	<input type="text"/> M

Garagen außerhalb des Wohngebäudes:

Keine

1 Garage 700 M 2 Garagen 1400 M 3 Garagen 2100 M + M

weitere werterhöhende Umstände (hinzurechnen sind Nebengebäude, weiteres Zubehör und sonstige Grundstücksbestandteile)

	Neubauwert	im Jahr	Baupreisindex (des zuvor genannten Jahres)		
Nebengebäude (wenn privat, aber nicht zu Wohnzwecken genutzt)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	× 100 ÷ <input type="text"/>	=	<input type="text"/> + <input type="text"/> M
Sonstiges, und zwar: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	× 100 ÷ <input type="text"/>	=	<input type="text"/> + <input type="text"/> M

6. Versicherungssumme 1914

Endergebnis: Versicherungssumme 1914 = M

Die Versicherungssumme 1914 ist auf volle 100 M aufzurunden = M

Dieser Ermittlungsbogen ist Bestandteil des Vertrages. Eine Kopie hat der Antragsteller/Versicherungsnehmer erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers (VN)

HAFTPFLICHT

Antrag auf Private Haftpflichtrisiken - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. _____ Versicherungsschein-Nr. _____ Antragseingang _____
 Antragsnummer _____

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer

Anrede Herr Frau

Besondere Anredetitel _____

Name _____

Geburtsname _____

Vorname _____

Staatsangehörigkeit _____

Geburtsdatum _____

Straße, Haus-Nr. _____

Geburtsort _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) _____

Branche _____

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Telefon (privat) _____

Telefon (geschäftlich) _____

Telefon (mobil) _____

E-Mail _____

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

- Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Haftpflicht-
versicherung

Es gelten:

- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung privater Risiken 2021 (PHV 2021 Proximus Versicherung AG)
- die für den vereinbarten Versicherungsschutz jeweils zutreffenden Abschnitte der Ziffern 1 - 6

Versicherungs-
summen

A 15.000.000 €

pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

B 30.000.000 €

pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Doppelte dieser Versicherungssummen.

Vorversicherung /
Vorschäden

Bestehen oder bestanden für den beantragten Versicherungsumfang in den letzten 5 Jahren Haftpflichtversicherungen für private Risiken?

ja nein

Falls ja, welche Haftpflichtversicherung besteht oder bestand? _____

Bei welcher Gesellschaft? _____

gekündigt zum _____ von / vom Gesellschaft Versicherungsnehmer

Sind bereits früher Schäden eingetreten?

ja nein

Anzahl der Schäden in den letzten 5 Jahren _____

Schadenhöhe insgesamt in € _____

Wurden bereits Versicherungen abgelehnt?

ja nein

Grund _____

Antragsfragen zu **A bis F** bitte genau beantworten.

Versicherungsumfang (bitte eintragen bzw. ankreuzen)

A Privat-Haftpflicht/PHV 2021 - Abschnitt 1

Partner der nichtehelichen Lebensgemeinschaft

Familien-Versicherung mit 150€ Selbstbeteiligung Ja Nein

Single-Versicherung mit 150€ Selbstbeteiligung Ja Nein

Für Angehörige des öffentlichen Dienstes, Familien-Versicherung mit 150€ Selbstbeteiligung Ja Nein

Ergänzung des Versicherungsschutzes
nur möglich, wenn auch die Privat-Haftpflicht besteht

Zuschlag für Vermietung von im Inland gelegenen ...

	Anzahl	Prämie in €
<input type="radio"/> Garagen, Carports, Kfz-Stellplätzen	_____	_____

Art/Anschrift

Ferien-/Wochenendhäusern oder -wohnungen

	Anzahl	Prämie in €
_____	_____	_____

Art/Anschrift

Eigentumswohnungen

	Anzahl	Prämie in €
_____	_____	_____

Anschrift

B Hundehalter-Haftpflicht/PHV 2021 - Abschnitt 2

Rasse der Hunde	Anzahl	Prämie in €
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

C Pferdehalter-Haftpflicht/PHV 2021 - Abschnitt 3

Pferde, Kleinpferde, Ponys, Maultiere, Esel

	Anzahl	Prämie in €
_____	_____	_____

D Haus- und Grundbesitzer-Haftpflicht/PHV 2021 - Abschnitt 4

Liegt der Flächenanteil einer vorhandenen gewerblichen Teilnutzung bei maximal 50 %?
 Ja Nein

Nutzung/Objektbezeichnung

Prämie in €

- Einfamilienhaus
 - Zweifamilienhaus
 - weitere Wohnung
 - Zusatzprämie für gewerbliche Nutzung
- Anschrift des Grundstücks

unbebautes Grundstück

Größe des Grundstücks	Prämie in €
_____	_____

Art/Anschrift des Grundstücks

E Bauherren-Haftpflicht/PHV 2021 - Abschnitt 5

Die Versicherung erlischt 2 Jahre nach Baubeginn.

Bausumme in € _____

Bauen mit eigener Leistung

a) Eigenleistung einschließlich Nachbarschaftshilfe
 Ja, Wert € _____
 Nein

b) Übernahme der Planung und/oder Bauleitung (nicht Bauausführung) durch den Bauherrn
 Ja Nein

F Gewässerschaden-Haftpflicht für private Öltanks/PHV 2021 - Abschnitt 6

Liegt der Flächenanteil einer vorhandenen gewerblichen Teilnutzung bei maximal 50 %?
 Ja Nein

Sind Ihnen bestehende oder beseitigte Verunreinigungen des Bodens und/oder des Wassers, auch Grundwasser, bekannt?
 Ja (Sanierungsnachweis beifügen) Nein

Wie wird das Grundstück heute genutzt?

Wie wurde das Grundstück früher genutzt?

Art/Anschrift

unterirdischer Behälter

Einbaujahr	Anzahl
_____	_____

Fassungsvermögen bis _____ m³	Herstellungsjahr	letzte Prüfung am _____
_____	_____	_____

oberirdischer Behälter (auch Kellertanks)

Einbaujahr	Anzahl
_____	_____

Fassungsvermögen bis _____ m³	Herstellungsjahr	Letzte Prüfung am _____
_____	_____	_____

**Prämien-
berechnung**

Nettojahresprämie nach A in €

Nettojahresprämie nach B in €

Nettojahresprämie nach C in €

Nettojahresprämie nach D in €

Nettojahresprämie nach F in €

Gesamtjahresnettoprämie in €

Dauernachlass (3 Jahre 10 %) in €

Abschlag gemäß Zahlungsweise in €

Nettoprämie gemäß Zahlungsweise

Versicherungsteuer in €

Gesamtbruttoprämie gemäß Zahlungsweise in €

Einmalige Nettoprämie nach E in €

Versicherungsteuer in €

Einmalige Bruttoprämie in €

**Belehrung über
vorvertragliche
Anzeigepflicht
nach § 19
Versicherungs-
vertragsgesetz**

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden. Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

**Belehrung über
die Beachtung
von Auskunfts-
und Aufklä-
rungsobliegen-
heiten nach § 28
Abs. 2 und 4
Versicherungs-
vertragsgesetz**

Ich weiß, dass die Proximus Versicherung AG bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit durch mich vollständig oder teilweise leistungsfrei sein kann.
Auf die Leistungsfreiheit kann sich die Proximus Versicherung AG berufen, wenn ich die Obliegenheit vorsätzlich verletzt habe. Habe ich sie grob fahrlässig verletzt, ist sie berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere meines Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast, dass nicht einmal grobe Fahrlässigkeit vorliegt, trage ich.

**Zahlungsweise:
Nachlass**

- jährlich 5%
 halbjährlich 3%
 vierteljährlich 2%
 monatlich 0%
 einmalig für Bauherren-Haftpflichtversicherung

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn
- 0:00 Uhr -

Versicherungsablauf
- 24:00 Uhr -

2	0	2	0
---	---	---	---

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

Vertragsspiegel Private Haftpflichtrisiken



Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Ehepartner/ eingetragener Lebenspartner/ Partner in häuslicher Gemeinschaft	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Kinder	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Anschrift					

Versicherungs- nachweis	Versicherungsnummer			
	Bedingungen			
	Vertragsbeginn			
	Vertragsablauf			
	Zahlungsweise			
	Prämie			
	Fälligkeit			
	Prämienkonto			
	Versicherungssumme	Personenschäden		
		Sachschäden		
		Vermögensschäden		
		Produkte	Privat-Haftpflicht- versicherung	
			Hundehalter-Haft- pflichtversicherung	
	Pferdehalter-Haft- pflichtversicherung			
	Haus- und Grund- besitzer-Haft- pflichtversicherung			
	Bauherren-Haft- pflichtversicherung			
Gewässerschaden- Haftpflicht- versicherung				
Zusatzrisiken				
Anmerkungen				

HAFTPFLICHT

KRAFTFAHRT

Antrag auf Kraftfahrzeugversicherung - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr.
 Antragsingang Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel

Name Geburtsname

Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Antragsgrund allgem. Kennzeichen Neuversicherung Wiederinkraftsetzung Änderung Zahlungsdaten
 rotes Kennzeichen Fahrzeugwechsel Änderung Deckung Angebot
 Kurzzeitkennzeichen SFR-Übertragung Änderungsantrag

Zahlungsweise Nachlass: jährlich 5% halbjährlich 3% vierteljährlich 2% monatlich 0%

Vertragsdauer Von VBK/VB abweichender **Versicherungsbeginn** __. __. 20__ 0:00 Uhr **Versicherungsablauf** __. __. 20__ 24:00 Uhr

Beginn des Versicherungsschutzes ab Tag der Zulassung/Zuteilung
 oder am: __. __. 20__ (*mind. am Tag der Zulassung/Zuteilung*)

Ende des Versicherungsschutzes bei rotem Kennzeichen am: __. __. 20__ oder bei Kurzkennzeichen nach __ Tagen

Bei der **Dauer von weniger als 1 Jahr** Vertragsverlängerung (G.1 AKB)

Fahrzeugdaten	Kennzeichen	<input type="text"/>	Fahrzeughersteller	<input type="text"/>	Typ/Ausführung bei Pkw <i>(falls Typschl.-Nr. unbekannt)</i>	<input type="text"/>
	Leistung in kW	<input type="text"/>	Schlüssel-Nr. für Hersteller <i>(Marke) und Typ</i>	<input type="text"/>	Fahrzeugart	<input type="text"/>
	Erstzulassung	<input type="text"/>	Saisonkennzeichen gültig von	<input type="text"/>	Fzg-Ident.-Nr. <i>(mind. 8 Stellen)</i>	<input type="text"/>
	Hubraum bei Kraftrad	<input type="text"/> cm ³			Bei Krädern über 20.000 € Neuwert Kaufpreis in € inkl. MwSt angeben	<input type="text"/> €
Gesamtneuwert bei Camping- fahrzeugen in € inkl. MwSt.		<input type="text"/>		Zuschlagspflichtige Sonderausstattung (über 10.000 €); ggf. auf Beiblatt und Anfrage Direktion	<input type="text"/>	
				Rechnungsvorlage im Schadenfall	<input type="text"/>	

Vorfahrzeug	Kennzeichen	<input type="text"/>	<input type="radio"/> ab-/umgemeldet am: <input type="text"/>	<input type="text"/>
			<input type="radio"/> verkauft am: <input type="text"/>	Versicherungsschein-Nummer
			<input type="radio"/> weiterversichert bei der Proximus Versicherung AG	<input type="text"/>

Schaden- freiheitsrabatt	<input type="radio"/> Versichererwechsel	Wer hat den Vertrag gekündigt?	<input type="radio"/> VN/Antragsteller	<input type="radio"/> Versicherer	<input type="radio"/> ungekündigt	
	VS-Nr.	<input type="text"/>	Name des Vor-Versicherungsunternehmens	<input type="text"/>		
	Anzahl schadenfreie Kalenderjahre <i>am 01.01. des Beginnjahres</i>	Haftpflicht	<input type="text"/>	Vollkasko	<input type="text"/>	Anzahl gemeldeter Schäden <i>seit 01.01. bis jetzt</i>
	<input type="radio"/> Zweitwagenregelung mit Einstufung in SF 1	<input type="radio"/> Führerscheinregelung mit Einstufung in SF ½	gültiger Führerschein Klasse <input type="text"/>		seit: <input type="text"/>	
<input type="radio"/> Zweitwagenregelung mit Einstufung in SF 3	<input type="radio"/> Rabattübertragung von einem anderen Fahrzeug					
	<input type="radio"/> Rabattübertragung von einer anderen Person					
	<input type="radio"/> Rabattübertragung mit mehreren Verträgen (Rabatt-Tausch)					

Tarifmerkmale	Wohneigentum und /oder Garage	Datum des Fahrzeugerwerbs	<input type="text"/>
	Verwendungszweck: private Nutzung	<input type="radio"/> selbstbewohntes Ein-/Zweifamilienhaus	<input type="radio"/> Garage
		<input type="radio"/> selbstbewohnte Eigentumswohnung	falls abweichend v. Erstzulassung
	Fahrzeugnutzerkreis	km-Leistung pro Jahr (in Tausend)	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> VN und Partner	km-Stand bei Antragstellung (in Tausend)	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Familie mit Kind unter 16 Jahre		

Deckungs- umfang	Haftpflicht	Nettojahresprämie in €	<input type="text"/>
	<input type="radio"/> Haftpflicht mit 100 Mio. € pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden <i>(max. 8 Mio€ je getötete oder verletzte Person)</i>		
	<input type="radio"/> Gesetzliche Mindestdeckungssummen		
	Schutzbrief		
	<input type="radio"/> Autoschutzbrief einschließen		
	Fahrerschutz		
	<input type="radio"/> Fahrerschutz-Versicherung einschließen		
Kasko			
<input type="radio"/> Vollkasko	<input type="radio"/> Teilkasko		
<input type="radio"/> 150 € SB	<input type="radio"/> 150 € SB		
<input type="radio"/> 300 € SB	<input type="radio"/> 300 € SB		
<input type="radio"/> 500 € SB	<input type="radio"/> 500 € SB		
<input type="radio"/> 1.000 € SB	<input type="radio"/> 1.000 € SB		
<input type="radio"/> 2.500 € SB	<input type="radio"/> 2.500 € SB		
<input type="radio"/> 5.000 € SB	<input type="radio"/> 5.000 € SB		
einschl. Teilkasko	<input type="radio"/> ohne Selbstbeteiligung		
<input type="radio"/> ohne SB			
<input type="radio"/> 150 € SB			
<input type="radio"/> 500 € SB			
<input type="radio"/> 1.000 € SB			
<input type="radio"/> 2.500 € SB			
<input type="radio"/> 5.000 € SB			
Rabattschutz			
<input type="radio"/> Rabattschutz einschließen			
Gesamtjahresnettoprämie in €		=	<input type="text"/>

Vertragsspiegel Kraftfahrtversicherung



Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Halter	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Anschrift					

Versicherungs- nachweis	Versicherungsschein-Nr.			
	Bedingungen			
	Beginn			
	Ablauf			
	Zahlungsweise			
	Prämie	Haftpflicht		
		Kasko		
		Schutzbrief		
		Gesamt		
	Fälligkeit			
	Deckungssummen Haftpflicht			
	Vollkasko / SB			
	Teilkasko / SB			
	Schutzbrief			
	Rabatt-Grundjahr (KH / VK)			
Rabattschutz				
SF-Klasse	Haftpflicht			
	Vollkasko			
Fahrzeugdaten	Kfz-Kennzeichen			
	Art			
	KW / PS			
	Hersteller- und Typschlüssel			
	Fz.-Identifizierungs- nummer			
	Datum Erstzulassung			
	Datum Erwerb			
	Typklasse	Haftpflicht		
		Kasko		
	Regionalklasse	Haftpflicht		
Kasko				
individuelle Tarifmerkmale	Datum Erst- zulassung / Fz.-Alter			
	Jahres-Fahrleistung (km)			
	EFH / ZFH / Eigentumswohnung			
	Garage			
	Einzel- / Partnernutzung			
	Familie / Kind unter 16 Jahren			

RECHTS- SCHUTZ

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Rechtsschutz - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr. Antragseingang
 Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel

Name Geburtsname

Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Rechtsschutz Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

**Familien-
angehörige**

Vorname, ggf. abweichender Nachname	Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit
<input type="radio"/> Ehepartner/eingetragener Lebenspartner/ Partner in häuslicher Gemeinschaft	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Kind	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vorversicherung

keine Vorversicherung

Bei welcher/welchen Gesellschaft(en) ist oder war der Antragsteller/
(Ehe-)Partner rechtsschutzversichert? Vertragsnummer Wann endet(e) der Vertrag?

Wurde der Rechtsschutzvertrag durch die Gesellschaft beendet? ja nein

**Zahlungsweise
Nachlass**

jährlich 5% halbjährlich 3% vierteljährlich 2% monatlich 0%

Vertragsdauer

Versicherungsbeginn - 0:00 Uhr -

Versicherungsablauf - 24:00 Uhr -

Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

Selbstbeteiligung	<input type="radio"/> ohne	<input type="radio"/> 150 €	<input type="radio"/> 250 €	
Privat-Rechtsschutz (P)	<input type="radio"/> Familie	<input type="radio"/> Single		Nettojahresprämie in € _____
Berufs-Rechtsschutz (B)	<input type="radio"/> Familie	<input type="radio"/> Single		Nettojahresprämie in € _____
Verkehrs-Rechtsschutz (Vk)	<input type="radio"/> Familie	<input type="radio"/> Single	Kennzeichen	Nettojahresprämie in €
	<input type="radio"/> PKW, Wohnmobil, Campingfahrzeug, Quad, Trike		_____	_____
	<input type="radio"/> Krafträder mit Versicherungskennzeichen		_____	_____
	<input type="radio"/> Krafträder mit amtlichem Kennzeichen		_____	_____
	<input type="radio"/> Anhänger (auch Wohnwagen)		_____	_____
Fahrer-Rechtsschutz (D)				Nettojahresprämie in € _____
Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz (W)	<input type="radio"/> Selbstbewohnte Wohneinheit			Nettojahresprämie in € _____
	<input type="radio"/> Vermieter/Verpächter einer Einliegerwohnung im selbstbewohnten Einfamilienhaus			_____
	<input type="radio"/> Vermieter/Verpächter von Wohneinheiten in % der Jahresbruttomiete			_____
	<input type="radio"/> Garagen, Abstellplätze, Bootsanlegeplätze			_____
Prämienberechnung	Gesamtjahresnettoprämie in €			_____
	Dauernachlass (3 Jahre 10 %) in €			- _____
				= _____
	Abschlag gemäß Zahlungsweise in €			- _____
	Netto-Prämie gemäß Zahlungsweise			= _____
	Versicherungsteuer in €			+ _____
				= _____
Bruttoprämie gemäß Zahlungsweise in €			= _____	

Vertragsspiegel Rechtsschutz



Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Ehepartner/ eingetragener Lebenspartner/ Partner in häuslicher Gemeinschaft	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Kinder	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Anschrift					

Versicherungs- nachweis	Versicherungsnummer			
	Bedingungen			
	Vertragsbeginn			
	Vertragsablauf			
	Zahlungsweise			
	Prämie			
	Fälligkeit			
	Prämienkonto			
	Produkte	Privat- Rechtsschutz		
		Berufs- Rechtsschutz		
Verkehrs- Rechtsschutz				
Fahrer- Rechtsschutz				
Wohnungs- und Grundstücks- Rechtsschutz				
Anmerkungen				

LEBEN

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.



Antrag auf Abschluss einer Renten-, Berufsunfähigkeits- oder Risiko- lebensversicherung - Auszug

Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr.
Antragseingang Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel

Name Geburtsname

Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst Steuer-Identifikations-Nr. (*zwingend bei sofort beginnender Rente und in der Basisversorgung*)

Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Lebensversicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Lebensversicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

**Zu versichernde
Person**

(*nicht wieder-
holen, wenn mit
Antragsteller
identisch*)

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel

Name Geburtsname

Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr. Geburtsort

Postleitzahl, Wohnort

Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche

angestellt selbstständig öffentlicher Dienst

**Vorsorge- und
Vermögensplan**

(*bitte nur eine
Auswahl treffen*)

- Basis-Rente (nachgelagert Kohortenbesteuerung der Renten)
- Zulagen-Rente (nachgelagert volle Besteuerung der Rente)
- Privatversorgung (Besteuerung der Renten mit dem Ertragsanteil)

Der beantragte Versicherungsschutz ist dem beigefügten Angebot vom zu entnehmen.

Antrag auf
(bitte nur eine
Auswahl treffen)

Fondsgebundene Rentenversicherung

Tarif	Rentenzahlweise
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1/12 <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/1
Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endalter für die Beitragszahlung	<input type="radio"/> Rentengarantiezeit
<input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> Jahre
vorgesehene Rente	Kapitalabfindung
<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Private Rentenversicherung

(einschließlich Basis-Rente und Zulagen-Rente)

Tarif	Rentenzahlweise
<input type="text"/>	<input type="radio"/> 1/12 <input type="radio"/> 1/4 <input type="radio"/> 1/2 <input type="radio"/> 1/1
Versicherungsbeginn	vorgesehener Rentenbeginn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endalter für die Beitragszahlung	<input type="radio"/> Rentengarantiezeit
<input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> Jahre
vorgesehene Rente	Kapitalabfindung
<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

**Überschuss-
verwendung**

vor Rentenbeginn

Anlage in den ausgewählten Fonds

- sicherheitsorientiert**
PROXIMUS Bond Invest WKN /
ISIN: MI261105 /
DE0026112005
- renditeorientiert**
PROXIMUS Balance Invest
WKN / ISIN: MI1104 /
DE0011041980
- chancenorientiert**
PROXIMUS Global Invest WKN /
ISIN: WI2311 / DE0023111977

nach Rentenbeginn

Dynamische Gewinnrente

- Erhöhte Startrente

vor Rentenbeginn

Verzinsliche Ansammlung

nach Rentenbeginn

Dynamische Gewinnrente

- Erhöhte Startrente
- Variable Gewinnrente
- Dynamische Gewinnrente

Antrag auf

Risikolebensversicherung

Tarif	Versicherungssumme
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endalter für die Versicherung	<input type="radio"/> Nichtraucher
<input type="text"/> Jahre	<input type="radio"/> Raucher

**Überschuss-
verwendung**

Beitragsverrechnung

Kapitalbildende Lebensversicherung

Tarif	Versicherungssumme
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Endalter für die Versicherung	Endalter für die Beitragszahlung
<input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> Jahre

Verzinsliche Ansammlung

**Antrag auf
Zusatz-
versicherung**

Unfalltod-Zusatzversicherung (UZV)

Versicherungssumme:

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung (HRZ)

% der Altersrente
Mituversichernde Person: geboren am:

Dynamik

Dynamikform: AV-Anpassung entsprechend der Besonderen Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen

- Abweichend lineare dynamische Anpassung mit einer gleichbleibenden Steigerung um % (mind. 2 % / max. 10 %) des Beitrags
- keine dynamische Anpassung gewünscht

Zahlungsweise

Beitragszahlung jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich einmalig Beitrag gemäß Zahlungsweise €

**Leistungs-
empfänger**
*(bitte nur eine
Verfügung treffen)*

Basis-Rente

1. Erlebensfall
Versicherungsnehmer

2. Todesfall
 Ehegatte bzw. eingetragener Lebenspartner, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist
 Kinder, für die der versicherten Person oder deren Ehegatten Kindergeld oder ein Freibetrag nach § 32 EStG zum Zeitpunkt des Todes zustand

eine andere Person

Name und Anschrift

Privat- und Zulagen-Rente

1. Erlebensfall
 Versicherungsnehmer
 der Versicherte

2. Todesfall
 Versicherungsnehmer
 Ehegatte, mit dem der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist
 eheliche bzw. gesetzlich gleichgestellte Kinder des Versicherten
 Die kindergeldberechtigten Kinder nach § 32 Abs. 3 und 4 EStG
 Eltern des Versicherten; falls der Versicherte im Zeitpunkt seines Todes verheiratet ist, der Ehegatte

eine andere Person

Name und Anschrift

Gilt für die Zulagen-Rente: Die Auswahl eines Todesfallbezugsrechtes, das nicht den in gültiger in Ehe lebenden Ehepartner bzw. nicht die kindergeldberechtigten Kinder nach § 32 Abs. 3 und 4 berücksichtigt, ist zulagenschädlich.

**Antrag auf
Berufsunfähig-
keitsversicherung**
(Privatversorgung)

Tarif	garantierte monatliche BU-Rente	Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
	€		

Anstelle der Berufsunfähigkeit soll die Dienstunfähigkeit versichert werden.

**Leistungs-
empfänger**

Bezugsberechtigt bei Berufsunfähigkeit ist der Versicherte.

**Überschuss-
verwendung**

Bonussystem

**Berufs-
unfähigkeits-
Zusatzvers.**

- Einschluss als Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nur mit Beitragsbefreiung
 Einschluss als Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit der vorbeschriebenen garantierten monatlichen BU-Rente und Beitragsbefreiung

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten (VI)

Wird einer der nachfolgend genannten Tarife beantragt, so ist die Erklärung zur Gesundheit zwingend erforderlicher Bestandteil dieses Antrages.

- Fonds-Rente mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Risikolebensversicherung (ggf. mit Zusatzversicherung)
- Konventionelle Rentenversicherung mit Zusatzversicherung und/oder Todesfallleistung
- Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Angaben zur Risikobeurteilung des Versicherten

1. Wie groß und wie schwer sind Sie? _____ cm _____ kg
2. Sind oder waren Sie in den letzten 5 Jahren in Beratung, Behandlung und Untersuchung bei Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psycho- oder sonstigen nicht ärztlichen Therapeuten wegen Krankheiten oder Unfallfolgen
- a) des Herzens, des Kreislaufs, der Blutgefäße, der Atemorgane (z. B. *Asthma, Allergien*), des Magens, der Speiseröhre, des Darms, der Leber, der Bauchspeicheldrüse, der Galle, der Milz, der Nieren, der Harnwege, der Blase, der Geschlechtsorgane? nein ja
- b) des Stoffwechsels (z. B. *Diabetes/Zucker, Cholesterin, Gicht*), der Schilddrüse, des Blutes, Tumor-, Bindegewebe- oder entzündliche Gelenkerkrankungen, Infektions-, Geschlechts-, Tropenkrankheiten? nein ja
- c) der Psyche, des Gehirns oder des Nervensystems (z. B. *Depressionen, Psychotherapien, Essstörungen, Suizidversuch*)? nein ja
- d) der Sinnesorgane/Ohren, der Haut (z. B. *Allergien*) oder der Augen? nein ja
(ggf. Dioptrienwerte Dioptrienwert links Dioptrienwert rechts) _____
- e) des Rückens, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, des Bewegungsapparates, der Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen? nein ja
- f) aufgrund des Konsums von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten? nein ja
3. Sind Sie besonderen Gefahren ausgesetzt
- 3.1 im Beruf (z. B. *Explosion, Strahlung*)? nein ja, welchen _____
- 3.2 in der Freizeit (z. B. *Wettfahren, Flugsport*)? nein ja, welchen _____
4. Beabsichtigen Sie einen Aufenthalt von mehr als 2 Monaten außerhalb Europas? nein ja, wo, wann, wie lange _____
5. Bestehen bereits Lebens-, Berufsunfähigkeits- bzw. Pflegeversicherungen oder sind solche beantragt? nein ja
6. Wurden Anträge zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder abgelehnt?
 nein ja, Art der Versicherung, Gesellschaft; Höhe und Erschwerung _____

Zusätzliche Fragen bei einer jährlichen Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 25.200 €:

1. Haben Sie für den Fall der Berufs- oder Dienstunfähigkeit Renten zu erwarten (ohne gesetzliche Rente)? nein ja, wie hoch, woher (z. B. betriebl. Altersversorgung)
2. Wie viel Prozent Ihres Bruttoeinkommens betragen diese Renten? _____ %

Erklärungen zum Gesundheitszustand

Bitte alle Fragen beantworten. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unmittelbar und unverzüglich schriftlich nachzureichen.

Antrag ohne ärztliche Untersuchung mit ärztlicher Untersuchung, veranlasst am _____

Informationen zur Beitragszahlung

- Selbstzahler (per Rechnung)
 Antragsteller ist Beitragszahler und erteilt ein neues SEPA-Lastschriftmandat
 Antragsteller ist Beitragszahler und bestehendes SEPA-Lastschriftmandat zu folgender Bankverbindung soll genutzt werden:

IBAN _____ BIC _____

Bei Basisversorgung nicht zulässig:

- Beitragszahler ist **nicht** Antragsteller und stimmt der Abbuchung zu
 (Bitte hier unterschreiben und angehängtes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)
- Beitragszahler (Name, Vorname) _____ Datum/Unterschrift _____

Bankverbindung für Rentenzahlungen

Nur auszufüllen bei Abschluss einer **sofort beginnenden Rentenversicherung!**
 Die Rente soll überwiesen werden an:

IBAN _____ BIC _____ Geldinstitut (Name und Ort) _____

Name, Vorname (Hinweis Basisversorgung: Antragsteller und Kontoinhaber müssen identisch sein!) _____

Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz
 (nicht für Basisversorgung auszufüllen)

Wirtschaftlich Berechtigter: Der Antragsteller gibt an, er handelt:

auf eigene Veranlassung auf Veranlassung von (falls Vertragspartner und Beitragszahler nicht identisch sind, ist von einem abweichenden wirtschaftlichen Berechtigten auszugehen)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum, Geburtsort _____

Anschrift (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnummer) _____ Staatsangehörigkeit _____

Angaben zur Steuerpflicht

Der Antragsteller und der ggf. abweichend Berechtigte bestätigen, dass sie ausschließlich in Deutschland einkommensteuerpflichtig sind.

Diese Angaben sind zwingend erforderlich!

Der Antragsteller bzw. wirtschaftlich Berechtigter hat sich ausgewiesen durch **(auch bei Einzugsermächtigung vom eigenen Konto des Antragstellers):**

Personalausweis Ausweisnummer _____ gültig bis _____ ausstellende Behörde _____
 Reisepass _____

Eine Kopie des Identifizierungsdokuments ist diesem Antrag beizufügen.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person geben mit Unterzeichnung dieses Antrages die Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und die Schweigepflichtenbindungserklärung ab.

Sie umfassen:

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Proximus Lebensversicherung AG
2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Proximus Lebensversicherung AG
 - 2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
 - 2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen
 - 2.3 Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)
 - 2.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler
3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Einwilligungen zur Bonitätsprüfung und zu Scorewerten sowie Meldung nach EStG

Sie können der Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widersprechen. Der Widerspruch ist zu richten an die Proximus Lebensversicherung AG.

Vertragsspiegel Lebensversicherung



Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	Sozialversiche- rungspflichtiges Einkommen Vorjahr	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst	
Ehepartner/ eingetragener Lebenspartner/ Partner in häuslicher Gemeinschaft	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	Sozialversiche- rungspflichtiges Einkommen Vorjahr	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst	
Kinder	Name	Vorname	Geburtsdatum				
Anschrift							

	Tarif	Tarif	Tarif
Versicherungsnummer			
Versicherte Person, Geburtsdatum			
Mitversicherte Person, Geburtsdatum			
Bedingungen			
Beginn			
Ablauf			
Beitrag, netto			
Zahlungsweise			
Beitragszahlungsdauer			
Beitragskonto			
Mahnverfahren eingeleitet seit			
Versicherungssumme/Rente			
Überschussverwendung			
Aktueller Wertstand			
Fondssumme/-anteile/-Kurs			
Geflossene Zulage seit Vertragsbeginn			
Überschussguthaben (sofern vorhanden)			
Rentengarantiezeit (Jahre)			
Dynamikform			
Zusatzversicherungen			
Vorgemerkte Rechte (z. B. Abtretungen)			
Bezugsrechtsverfügung			
Erlebensfall			
Ablebensfall			
	<input type="radio"/> widerruflich <input type="radio"/> unwiderruflich <input type="radio"/> Raucher <input type="radio"/> Nichtraucher	<input type="radio"/> widerruflich <input type="radio"/> unwiderruflich <input type="radio"/> Raucher <input type="radio"/> Nichtraucher	<input type="radio"/> widerruflich <input type="radio"/> unwiderruflich <input type="radio"/> Raucher <input type="radio"/> Nichtraucher
Anmerkungen			

UNFALL

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.

Antrag auf Unfallversicherung - Auszug



Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr. Antragseingang
 Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

**Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer**

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel
 Name Geburtsname
 Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum
 Straße, Haus-Nr. Geburtsort
 Postleitzahl, Wohnort
 Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) Branche
 angestellt selbstständig öffentlicher Dienst
 Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Versicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Versicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

**Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen**

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Zu versichernde Personen	Vorname, Name	m	w	Geburtsdatum	Berufliche Tätigkeit	selbstständig	Gefahrengruppe
1	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
2	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
3	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
4	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B

**Beantragter
Tarif**

Tarif-Variante	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Beantragter
Versicherungs-
schutz**

mit Zuwachs von Leistung und Prämie (Dynamik)

Ich wünsche keine Dynamik

Leistungsarten	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie
einfache Invaliditätsleistung	<input type="text"/>							
Invalidität mit Progression 225	<input type="text"/>							
Invalidität mit Progression 350	<input type="text"/>							
Invalidität mit Progression 500	<input type="text"/>							
Unfallrente 50/90	<input type="text"/>							
Soforthilfe	<input type="text"/>							

Fortführung auf Seite 2

Leistungsarten	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie	Vers.-Summe	Prämie
Tagegeld ab 1. Tag								
Tagegeld ab 15. Tag								
Tagegeld ab 43. Tag								
Krankenhaustagegeld								
Todesfallleistung								
Kosmetische Operationen								
Assistance								
Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze	25.000 € prämienfrei		25.000 € prämienfrei		25.000 € prämienfrei		25.000 € prämienfrei	
Nettojahresprämie								
- ggf. Junge-Leute-Nachlass								
Zwischensumme								
Prämienberechnung	Gesamtnettojahresprämie aller versicherten Prämie							
	- Personennachlass							
	Zwischensumme							
	- Dauernachlass							
	Zwischensumme							
	- Abschlag gemäß Zahlungsweise							
	÷ Anzahl der Zahlungen							
	+ Versicherungssteuer							
	Gesamtbruttoprämie gemäß Zahlungsweise in €							

Antragsfragen Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen?

	Person 1		Person 2		Person 3		Person 4	
Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 1)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Psychosen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Morbus Parkinson	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Manische Depression	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Demenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Angeborene erhöhte Blutungsneigung (Bluter)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Glasknochenkrankheit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Ausgeprägte Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						
Sehbeeinträchtigung von mind. 6 Dioptrien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						

Bei Vorliegen einer dieser Erkrankungen, Gebrechen oder Funktionsstörungen ist eine individuelle Risikoprüfung durch die Direktion erforderlich.

Bezugsberechtigung bei Tod durch Unfall

Für versicherte Person* soll widerruflich bezugsberechtigt sein: Vorname, Name, Geburtsdatum

1
2
3
4

* Bei der Versicherung von Minderjährigen ist die gesetzliche Erbfolge zu vereinbaren oder die Zustimmung des Vormundschaftsgerichtes erforderlich.

Zahlungsweise Nachlass jährlich 5% halbjährlich 3% vierteljährlich 2% monatlich 0%

Vertragsdauer Versicherungsbeginn - 0:00 Uhr - Versicherungsablauf - 24:00 Uhr - Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

|_|_|_|_| 2 | 0 | |_|_|_|_| 2 | 0 |

Bei einer Vertragsdauer von 3 Jahren wird ein Dauernachlass von 10 % gewährt.

SEPA-Lastschriftmandat Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG
Gläubiger-ID: xx

Name, Vorname: Antragsteller	Name, Vorname: Kontoinhaber <i>(falls vom Antragsteller abweichend)</i>
Anschrift: Kontoinhaber	
BIC	IBAN
Name des Kreditinstitutes	
Datum/Unterschrift: Antragsteller	Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Datenverarbeitung Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Widerrufsrecht Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Empfangsbestätigung Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.
Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Datum/Unterschrift Antragsteller <i>(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)</i>	Datum/Unterschrift Vermittler
--	-------------------------------

Datum/Unterschrift versicherte Person/en
(bei Fremdversicherung)

Vertragsspiegel Unfallversicherung



Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Ehepartner/ eingetragener Lebenspartner/ Partner in häuslicher Gemeinschaft	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	
Kinder	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Anschrift					

Versicherungs- nachweis	Versicherungsnummer		Zahlungsweise	
	Bedingungen		Prämie	
	Beginn		Fälligkeit	
	Ablauf		Prämienkonto	

Versicherte Personen		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	Vorname				
	Name				
	Geburtsdatum				
	Berufliche Tätigkeit				
	Gefahrengruppe				
Tarif					

Versicherungs- leistungen/ -summen		Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
	Invaliditätsleistungen				
	Einfache Invaliditätsleistung				
	225 Prog.				
	350 Prog.				
	500 Prog.				
	Unfallrente 50/90				
	Soforthilfe				
	Tagegeld				
	ab 1. Tag				
	ab 15. Tag				
	ab 43. Tag				
	Krankenhaustagegeld				
	Todesfallleistung				
	Kosten für kosmetische Operationen				
	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungs- einsätze max. 25.000 € pro Versicherungsfall				
	Assistance-Leistungen	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Dynamik					
Schriftwechsel der letzten 6 Monate					
Vorerkrankungen/Vorinvalidität/Gebrechen					
Besondere Risiken durch Hobby/Beruf					

KRANKEN

Sämtliche verwendete Personenbezeichnungen sind geschlechtsneutral formuliert.



Antrag auf Krankenversicherung - Auszug

Vermittler/Vermittler-Nr. Versicherungsschein-Nr. Antragseingang
 Antragsnummer

Zutreffendes bitte ankreuzen. Striche, sonstige Zeichen oder **Nichtbeantwortung** gelten als **Verneinung**.

Antragsteller/
Versicherungs-
nehmer

Anrede Herr Frau Besondere Anredetitel
 Name Geburtsname
 Vorname Staatsangehörigkeit Geburtsdatum
 Straße, Haus-Nr. Geburtsort
 Postleitzahl, Wohnort Branche
 Berufliche Tätigkeit (*genaue Bezeichnung*) angestellt selbstständig öffentlicher Dienst
 Telefon (privat) Telefon (geschäftlich) Telefon (mobil) E-Mail

Vermittlerklausel, Kontaktdaten, Kommunikation:

Ich bin damit einverstanden, dass Mitarbeiter der Proximus Krankenversicherung AG und der mich betreuende Vermittler meine freiwilligen Kontaktdaten aus diesem Antrag für die Brief-, Telefon-, Fax-, E-Mail- und SMS-Kommunikation im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung nutzen dürfen. Erfasst sind neben allen meinen Versicherungsvertrag betreffenden Kontakten auch solche, die auf die inhaltliche Änderung, insbesondere Verlängerung, Ausweitung oder Ergänzung des bestehenden Vertragsverhältnisses sowie auf den Neuabschluss weiterer Verträge bei der Proximus Krankenversicherung AG gerichtet sind. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag auch in Teilen streichen oder jederzeit widerrufen.

Besondere
Vereinbarungen
bzw.
Bemerkungen

Mündliche Vereinbarungen haben keine Gültigkeit. Besondere Vereinbarungen bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch die Gesellschaft.

Angaben zu den versicherten Personen	Name, Vorname	m	w	Geburtsdatum	Berufstätigkeit	Berufliche Stellung
1	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Leistungs-
empfang /
Prämien-
berechnung

Versicherungsbeginn: <input type="text"/> . <input type="text"/> . 20 <input type="text"/>	Person 1			Person 2		
	Tarif	Prämie	Anwartschaft	Tarif	Prämie	Anwartschaft
Krankheitskostenvoll						
Ambulant						
Stationär						
Zahn						
Kompakt						
Basistarif						
Beamte						
Ambulant / Zahn						
Stationär						
Zwischenbeitrag						
+ 10 % Beitragszuschlag						
Pflege						
Pflegepflichtversicherung						
Gesetzl. Pflege-Ergänzung (<input type="text"/> € / Tag)						
Pflegegeld (<input type="text"/> € / Tag)						
Tagegelder						
Krankentagegeld (<input type="text"/> € / Tag)						
Krankenhaustagegeld (<input type="text"/> € / Tag)						
Krankenergänzung						
Ambulant						
Stationär						
Zahn						
Weitere						
Beitragsentlastungsvereinbarung						
Gesamtrisikozuschlag						
Gesamtpremie gemäß Zahlungsweise						
Auslandsrankenversicherung						
Summe der Tagesprämie						

Sonstige
Angaben und
Fragen

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt privater* Krankenschutz?

Person	Versicherer, Versicherungs- Nr.	von - bis	Krankheits- kosten- versicherung	mit allgemeinen Krankenhaus- leistungen	Kranken- tagegeld- Anspruch	Krankenhaus- tagegeld- Anspruch	wenn ja, Höhe
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt gesetzlicher Krankenversicherungsschutz?

Person	gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von - bis	freiwillig versichert	Krankengeld- Anspruch	wenn ja, Höhe
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine soziale Pflegeversicherung oder eine private Pflegepflichtversicherung?

(s. a. Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung zur Proximus Krankenversicherung AG)

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr./gesetzliche Krankenkasse, Ort, Mitglieds-Nr.	von - bis	Nachweis beigefügt?
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

Wird ein regelmäßiges monatliches Gesamteinkommen (Summe der Einkünfte i. S. d. Einkommensteuerrechts, Erläuterung s. Seite 6 des Antrages) bezogen, das ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV bzw. bei geringfügiger Beschäftigung überschreitet?

Person 1 nein jaPerson 2 nein ja

Bestand, besteht oder ist (bzw. war) beantragt eine sonstige private Pflegeversicherung?

Person	Versicherer, Versicherungs-Nr.	von - bis	Tarif	ggf. Tagegeld-Höhe
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja			

**Die Aufgabe einer bestehenden privaten Krankenversicherung zum Zwecke des Abschlusses einer neuen Versicherung bei einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen ist im Allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzumutbar.*

Besteht Beihilfensanspruch?

Besteht Anspruch auf freie Heilfürsorge?

Person	amb. %	stat. %	Beihilfenvorschriften? Bund? Welches Land?	berücksichtigungsfähige Kinder (Anzahl)	
1	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, an wen? _____
2	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja				<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, an wen? _____

Einzel-
versicherung

Zusätzliche Angaben bei Beantragung von Krankentagegeldversicherungen

Person 1 Arbeitnehmer Selbstständiger Freiberufler Person 2 Arbeitnehmer Selbstständiger Freiberufler

Person	Durchschnittlicher monatlicher Bruttoverdienst der letzten 12 Monate als Arbeitnehmer?	Art des selbstständigen Gewerbes / der freiberuflichen Tätigkeit? Seit wann?	Eintragung ins Handels- register / Gewerbeanmeldung? Seit wann?	Durchschnittliches monatliches Nettoeinkommen in den letzten 12 Monaten aus dieser Tätigkeit?
1				
2				

Einzel-
versicherung

Für Arbeitnehmer und geschäftsführende Gesellschafter einer GmbH:

Für welchen Zeitraum besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall?

Person 1 _____ Tage / _____ Wochen

Person 2 _____ Tage / _____ Wochen

Wartezeiten

Ich beantrage, auf die Wartezeiten die angegebene ununterbrochene Dauer der Vorversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Anspruches auf freie Heilfürsorge anzurechnen, soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind.

Person 1 nein ja
Nachweis beigefügt wird nachgereichtPerson 2 nein ja
Nachweis beigefügt wird nachgereicht

Ich beantrage, die bei folgendem privaten Krankenversicherungsunternehmen: _____

nachweislich ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeit anzurechnen, soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind.

Person 1 nein ja
Nachweis beigefügt wird nachgereichtPerson 2 nein ja
Nachweis beigefügt wird nachgereicht

Ich beantrage den laut jeweiliger AVB frist- und bedingungsgemäßen Wartezeiterlass aufgrund ärztlicher Untersuchung unter den genannten Voraussetzungen.

Person 1 nein jaPerson 2 nein ja

Fragen zur Gesundheit

Einige dringende Bitten und Hinweise an den Antragsteller (s. auch „Verantwortlichkeit für den Antragsinhalt“ und „Vorversicherung“):

Alle Fragen sind ausführlich zu beantworten. Geben Sie auch Beschwerden, Krankheiten und Unfallfolgen an, die Sie als unwesentlich ansehen. Striche gelten nicht als Antwort. **Reicht der Platz nicht:** Antworten Sie auf einem Beiblatt unter Angabe der Personenziffer und weisen Sie in der Beitrittserklärung / im Antrag auf dieses Blatt hin. Falls Sie dem Vermittler gegenüber gewisse Angaben nicht machen möchten, ist es erforderlich, dies **innerhalb von 3 Tagen schriftlich nachzuholen**; bitte weisen Sie dann in der Beitrittserklärung / im Antrag auf diese beabsichtigte gesonderte Mitteilung hin.

Werden die gestellten Fragen, soweit sie für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, nicht wahrheitsgemäß oder nicht vollständig beantwortet, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten. Bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit können wir von dem Vertrag zurücktreten. Sie haben dann von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, durch die Verletzung der Anzeigepflicht ist uns kein Nachteil entstanden. Unser Rücktritts- und Kündigungsrecht ist - außer bei Vorsatz - ausgeschlossen, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Die anderen Bedingungen werden auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Es sei denn, Sie haben die Verletzung der Anzeigepflicht zu vertreten.

Für bereits versicherte Personen brauchen Gesundheitsstörungen und Behandlungen in den letzten 5 Jahren, die durch anlässlich eines bestehenden Versicherungsvertrages eingereichte Rechnungen oder ärztliche Bescheinigungen lückenlos bekannt sind, nicht angegeben zu werden.

		Person 1		Person 2	
		nein	ja	nein	ja
		▼	▼	▼	▼
1	Hat in den letzten 5 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Wurde in den letzten 5 Jahren eine Psychotherapie oder Suchtbehandlung durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Werden Arzneimittel (z. B. Tabletten, Salben) angewendet? Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angedacht oder beabsichtigt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Besteht eine Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Wehrdienstbeschädigung, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit/Grad der Behinderung? Wenn ja, bitte Bescheid beifügen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Größe und Gewicht cm /kg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fragen 11-13 nur beantworten, wenn Tarife mit zahnärztlichen Leistungen beantragt werden					
11	Hat in den letzten 3 Jahren ein Zahnarztbesuch stattgefunden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Findet zurzeit eine Zahnbehandlung, die Anfertigung oder Erneuerung von Zahnersatz, eine Parodontosebehandlung oder eine Kiefer-(Zahn-)Regulierung statt, oder sind solche Maßnahmen beabsichtigt oder angedacht worden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Fehlen Zähne, die noch nicht ersetzt sind (außer Milch- und Weisheitszähne sowie Zähnen, bei denen die Lücken durch benachbarte Zähne geschlossen wurden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Wenn ja, Anzahl		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen 1-9 und 12, wenn mit „ja“ beantwortet

Person	zu Frage	Art der Krankheit, Arzneimittel, Verletzung, Beschwerden, Untersuchung (was wurde festgestellt?), Höhe der Dioptrienwerte? Frage 12: Welche Maßnahmen?	Behandlungen / Beschwerden von - bis	Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, wer kann Auskunft geben?	Seit wann behandlungs- / beschwerdefrei?
<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sofern Angaben zu Behandlungen / Beschwerden gemacht worden sind, bitte nachstehend Name und Anschrift des Hausarztes oder des Arztes, der am besten über die gesundheitlichen Verhältnisse orientiert ist, angeben:

Vertragssprache Vertragssprache ist Deutsch. Alle erforderlichen Informationen werden ebenfalls in Deutsch erteilt.

Aufsichtsbehörde Etwaige Beschwerden können an die Proximus Krankenversicherung AG, an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 0602 22, 10052 Berlin oder an die zuständige Aufsichtsbehörde - Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn - gerichtet werden.

Schweigepflichtenbindung

1. Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Wir überprüfen Ihre vor Vertragsschluss gemachten Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies für das zu versichernde Risiko erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherung gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragserteilung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder eine Anfrage / einen Antrag auf Versicherung gestellt habe. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherten konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragsstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und somit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtenbindung entsprechend - und zwar bis zu 10 Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus

Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft der Proximus Krankenversicherung AG oder auch Rückversicherer übermittelt werden. Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

2. Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf). Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, einer Versicherungsgesellschaft der Proximus Krankenversicherung AG oder auch Rückversicherer übermittelt werden. Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Erklärungen für mitversichernde Personen

Den vorstehenden Erklärungen gebe ich auch für meine mitversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärungen nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz und zur Bonitätsprüfung

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Verband der Private Krankenversicherung e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom zustande kommenden Vertrag sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitigen beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Unternehmen der Proximus Krankenversicherung AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Ich bin damit einverstanden, von dem für mich zuständigen Vermittler zu Versicherungsprodukten auch telefonisch beraten zu werden. Ich willige ferner jederzeit widerrufbar ein, dass der Versicherer zur Beurteilung meiner Zahlungsfähigkeit Auskünfte aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und aus dem Verzeichnis über private Insolvenzen selbst oder über eine Auskunft einholt. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird. Sie können der Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten durch Ihren Versicherer zum Zwecke der Werbung jederzeit schriftlich widersprechen.

Datenverarbeitung

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Nachweispflicht beim Wechsel der privaten Pflegepflichtversicherung

Ich reiche innerhalb von 90 Tagen - gerechnet vom Datum der Antragsstellung an - einen Nachweis ein, aus dem hervorgeht, ob und für welchen Zeitraum die Pflegepflichtversicherung beim Vorversicherer mit Bestandskonditionen geführt wurde bzw. ob und für welchen Zeitraum eine Pflegepflichtversicherung oder private Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen bestanden hat. Reiche ich den Nachweis zum Ablauf dieses Termins nicht ein, wird der Antrag ohne Anrechnung der Vorversicherung poliziert.

Gesamteinkommen

Darunter fallen Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb, selbstständiger und nichtselbstständiger Arbeit, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte i. S. d. § 22 EStG; bei Renten wird der Zahlbetrag berücksichtigt; aus Kindererziehungszeiten resultierende Rentenleistungen bleiben unberücksichtigt.

Einzelversicherung	Vertragsgrundlagen Für den beantragten Krankenversicherungsvertrag gelten die jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Eine Durchschrift des Antrages erhalte ich sofort nach Unterzeichnung.
Zustandekommen des Vertrages	Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn der Vorstand schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Die Zahlung des Erst- (Mehr-) Beitrages an den Vermittler gilt nicht als Annahme des Antrages. Wird der Antrag auf Umwandlung nicht angenommen, bleibt der bisherige Versicherungsvertrag unverändert bestehen.
Fälligkeit der Erstprämie	Die erste Prämie wird nicht vor Versicherungsbeginn fällig.
Vertragsdauer	Verträge nach Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Pflegeergänzungstarifen und Serviceprodukten werden für die Dauer von 2 Versicherungsjahren abgeschlossen. Sie verlängern sich jeweils um ein Jahr, sofern sie nicht bedingungsgemäß gekündigt bzw. beendet werden.
Umwandlung	AVB Bei Umwandlung eines Krankenversicherungsvertrages gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (einschließlich Umwandlungsregelungen) der beantragten Tarife von dem im Nachtrag zum Versicherungsschein genannten Umwandlungstermin an. Widerrufsrecht Kommt eine beantragte Umwandlung nicht zustande, weil von dem gesetzlichen Widerrufsrecht Gebrauch gemacht wird, besteht der Vertrag mit bisherigem Inhalt fort. Anrechnung der Laufzeit Die Laufzeit der bisherigen Versicherung wird bei Umwandlung auf die Fristen der neuen Versicherung angerechnet. Versicherungsjahr Bei Umwandlung von Krankentagegeldversicherungen ändert sich das Versicherungsjahr nicht, bei allen anderen Versicherungen ist das Versicherungsjahr mit dem Kalenderjahr identisch. Zuschläge für erhöhtes Risiko, Ausschlüsse Waren vor einer Umwandlung der Versicherung Zuschläge für erhöhtes Risiko zu zahlen, werden sie zu den gleichen Prozentsätzen auch von den neuen Tarifbeiträgen erhoben, wenn nicht eine andere Vereinbarung getroffen wird. Etwaige Leistungsausschlüsse bleiben bestehen.
Hinweise für den Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung	Haben Sie neben der Krankheitskostenversicherung eine Krankentagegeldversicherung beantragt, so lassen Sie bitte von der Krankenkasse außer Beginn und Ende der Mitgliedschaft auch einen bisherigen Krankengeldanspruch bestätigen. Falls Sie Bedenken haben, ob wir Ihnen Versicherungsschutz bieten können, empfiehlt sich es sich, bis zur Annahme Ihres Antrages die bisherige Versicherung vorläufig fortzusetzen.

Vertragsspiegel Krankenversicherung



Antragsteller/ Versicherungs- nehmer	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Ehepartner/ eingetragener Lebenspartner/ Partner in häuslicher Gemeinschaft	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Kinder	Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf	A = angestellt S = selbstständig B = öffentlicher Dienst
Anschrift					

Versicherungs- nachweis	Versicherungsnummer			
	Beginn	Prämie		
	Ablauf	Prämienkonto		
	Zahlungsweise			

Versicherte Personen	Tarif	VN	Ehepartner	Kind 1	Kind 2
	Krankheitskostenvollversicherung				
	Ambulant				
	Stationär				
	Zahn				
	Kompakt				
	Basistarif/Standardtarif				
	Notlagentarif				
	Beamte				
	Ambulant/Zahn				
	Stationär				
	Pflege				
	Pflegepflichtversicherung				
	Gesetzl. Pflege-Ergänzung				
	Pflegetagegeld				
	Tagegelder				
	Krankentagegeld				
	Krankenhaustagegeld				

Tarif	VN	Ehepartner	Kind 1	Kind 2
Krankenergänzung				
Ambulant				
Stationär				
Zahn				
Weitere				
Beitragsentlastungsvereinbarung				
Auslandsreisekrankenversicherung				
Anwartschaft				

Leistungsfälle	Behandlungsdatum	Beschreibung	Besondere Hinweise	Leistungsbetrag

REISE

Reisedaten Ich beantrage

eine Einzelversicherung

Buchungsdatum

Anreisedatum Abreisedatum

Vertragsbeginn Vertragsende

einen Jahresvertrag

Vertragsbeginn Vertragsende

Der Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich nach Ziffer 5 des Allgemeinen Teils der Versicherungsbedingungen für die Reiseversicherung (AT-Reise 2021).

Beantragter Versicherungsschutz für	Selbstbehalt	Prämie
<input type="radio"/> Reiserücktrittsversicherung	<input type="radio"/> mit SB <input type="radio"/> ohne SB	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Reiserücktritts- und Reiseabbruchversicherung	<input type="radio"/> mit SB <input type="radio"/> ohne SB	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Reiserücktritts- und Reiseabbruchversicherung	<input type="radio"/> mit SB <input type="radio"/> ohne SB	<input type="text"/>
Gesamtnettoprämie		<input type="text"/>
Versicherungsteuer		<input type="text"/>
Gesamtbruttoprämie einschl. gesetzl. Versicherungsteuer		<input type="text"/>

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Proximus Versicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Proximus Versicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Zahlungsempfänger: Proximus Versicherung AG

Gläubiger-ID: xx

Name, Vorname: Antragsteller

Name, Vorname: Kontoinhaber
(falls vom Antragsteller abweichend)

Anschrift: Kontoinhaber

BIC

IBAN

Name des Kreditinstitutes

Datum/Unterschrift: Antragsteller

Datum/Unterschrift: Kontoinhaber

Hinweis

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift wird mich die Proximus Versicherung AG über den Einzug unterrichten.

Widerrufsrecht

Sie können Ihren Antrag nach Zugang des Versicherungsscheins widerrufen. Nähere Hinweise können Sie den „Versicherungsinformationen“ entnehmen. Eine Belehrung über das Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen des Widerrufs erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Datenverarbeitung

Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Empfangsbestätigung

Ich habe die diesem Vertrag zugrunde liegenden Produkt- und Kundeninformationen, das Merkblatt zur Datenverarbeitung, die Versicherungsbedingungen und die Klauseln erhalten. Eine Durchschrift ist mir nach Unterzeichnung ausgehändigt worden. Von den Hinweisen habe ich Kenntnis genommen.

Belehrung über vorvertragliche Anzeigepflicht nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz

Bitte beachten Sie, dass Sie gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet sind, dem Versicherer bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes von Bedeutung sind und nach denen in Textform gefragt wird, nach bestem Wissen sorgfältig, wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend und vollständig, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz gefährden.

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen.

Datum/Unterschrift Antragsteller
(bei Minderjährigen Mitunterschrift der gesetzlichen Vertreter)

Datum/Unterschrift Vermittler