

Deckungsnote zur Gruppen-Unfallversicherung - Namentliche Nennung (05.2017)



Arch Insurance Company (Europe) Ltd
 Direktion für Deutschland
 Arch Underwriting GmbH
 Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen

Antragsteller (Versicherungsnehmer):

| | |
|---|----------------------------|
| Strasse: | PLZ/Ort: |
| Geb.Datum: | Beruf / Branche: |
| Versicherungsdauer: _____ Beginn: _____ 00:00 Uhr | Ablauf: _____ 24:00 Uhr |

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf der Vertragsdauer stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn dem anderen Vertragspartner nicht spätestens 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

(Vertragsdauer: generell 1 Jahr)

Beitragszahlungsweise: () jährl. () 1/2-jährl. () 1/4-jährl. () monatl. Zuschläge: 3% für 1/2jährl. / 5% für 1/4-jährl. / 5% für monatl.

Deckungsumfang: () 24-Stunden-Deckung () Berufsunfälle mit Wegerisiko
 () Berufsunfälle ohne Wegerisiko
 () sonstige Ausschnittsdeckung: _____

Direktanspruch der versicherten Personen gemäß Ziffer 13.8 AGUB 2016 gewünscht: () ja () nein

Gewünschtes Deckungsmodell: () AGUB 2016
 () AGUB 2016 + Sonderbedingungen Exclusive - 10.2016
 () AGUB 2016 + Sonderbedingungen Exclusive Plus - 10.2016

| Zu versichernde Personen | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|------|------|------|------|
| Name: | | | | |
| Vorname: | | | | |
| Geb.-Datum: | | | | |
| Geschlecht: | | | | |
| Beruf: | | | | |
| Gefahrengruppe | | | | |
| Leistungsarten: | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Tod | | | | |
| Invalidität _____% Progr. | | | | |
| bei Vollinvalidität | | | | |
| Übergangsleistung | | | | |
| KHTG mit Gen.-Geld | | | | |
| Tagegeld ab _____ Tag | | | | |
| Jahresnettobeitrag | | | | |
| Bezugsrecht bei Tod | | | | |

| Zu versichernde Personen | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Name: | | | | |
| Vorname: | | | | |
| Geb.-Datum: | | | | |
| Geschlecht: | | | | |
| Beruf: | | | | |
| Gefahrengruppe | | | | |
| Leistungsarten: | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Tod | | | | |
| Invalidität ____% Progr. | | | | |
| bei Vollinvalidität | | | | |
| Übergangsleistung | | | | |
| KHTG mit Gen.-Geld | | | | |
| Tagegeld ab ____ Tag | | | | |
| Jahresnettobeitrag | | | | |
| Bezugsrecht bei Tod | | | | |

| Zu versichernde Personen | 9 | 10 | 11 | 12 |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Name: | | | | |
| Vorname: | | | | |
| Geb.-Datum: | | | | |
| Geschlecht: | | | | |
| Beruf: | | | | |
| Gefahrengruppe | | | | |
| Leistungsarten: | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Tod | | | | |
| Invalidität ____% Progr. | | | | |
| bei Vollinvalidität | | | | |
| Übergangsleistung | | | | |
| KHTG mit Gen.-Geld | | | | |
| Tagegeld ab ____ Tag | | | | |
| Jahresnettobeitrag | | | | |
| Bezugsrecht bei Tod | | | | |

| Zu versichernde Personen | 13 | 14 | 15 | 16 |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Name: | | | | |
| Vorname: | | | | |
| Geb.-Datum: | | | | |
| Geschlecht: | | | | |
| Beruf: | | | | |
| Gefahrengruppe | | | | |
| Leistungsarten: | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Tod | | | | |
| Invalidität ____% Progr. | | | | |
| bei Vollinvalidität | | | | |
| Übergangsleistung | | | | |
| KHTG mit Gen.-Geld | | | | |
| Tagegeld ab ____ Tag | | | | |
| Jahresnettobeitrag | | | | |
| Bezugsrecht bei Tod | | | | |

| Zu versichernde Personen | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---------------------------|------|------|------|------|
| Name: | | | | |
| Vorname: | | | | |
| Geb.-Datum: | | | | |
| Geschlecht: | | | | |
| Beruf: | | | | |
| Gefahrengruppe | | | | |
| Leistungsarten: | Euro | Euro | Euro | Euro |
| Tod | | | | |
| Invalidität _____% Progr. | | | | |
| bei Vollinvalidität | | | | |
| Übergangsleistung | | | | |
| KHTG mit Gen.-Geld | | | | |
| Tagegeld ab _____ Tag | | | | |
| Jahresnettobeitrag | | | | |
| Bezugsrecht bei Tod | | | | |

| | | | |
|-----------------------|--|-----------|--------------------------|
| Gesamt-Beitrag: | | | Beitragszahlweise |
| abzgl. Nachlass: | | | |
| Zwischensumme | | | () jährlich |
| Ratenzahlungszuschlag | | | () 1/2-jährlich |
| Nettobeitrag | | z.Zt. 19% | () 1/4-jährlich |
| 19% Vers.-Steuer | | | () monatlich |
| Zahlbeitrag | | | |
| (gemäß Zahlweise) | | | |

Hinweise:

Änderungen der Berufstätigkeit sind unverzüglich zu melden.

Wird eine der gestellten Fragen falsch oder unvollständig beantwortet oder fehlen entsprechende vom Versicherer angeforderten Belege, so kann der Versicherer wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung die Zahlung ganz oder teilweise (je nach Schuld) verweigern.

Mitversichert je Person:

| | <u>Deckungsmodell</u> AGUB 2016 | <u>Deckungsmodell</u> AGUB 2016 Exclusive | <u>Deckungsmodell</u> AGUB 2016 Exklusive Plus |
|--|--|--|---|
| Bergungskosten | 10.000 EUR | 15.000 EUR | 30.000 EUR |
| Kosten für kosmetische Operationen | 10.000 EUR | 15.000 EUR | 30.000 EUR |
| Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe | nicht vereinbart | 10.000 EUR | 15.000 EUR |

Versicherungsbedingungen

Der beantragten Gruppen-Unfallversicherung liegen folgende Versicherungsbedingungen zugrunde:

Allgemeine Gruppen-Unfallversicherungsbedingungen (AGUB 2016) - (Arch - 10.2016)

Sonderbedingungen: Sonderbedingungen zur Gruppen-Unfallversicherung - Exclusive - 10.2016
 Sonderbedingungen zur Gruppen-Unfallversicherung - Exclusive Plus - 10.2016

Hinweis zur Richtigkeit und Vollständigkeit der Beantwortung der gestellten Fragen

Die zum Risiko gestellten Fragen bitten wir Sie in Ihrem eigenen Interesse **richtig und vollständig** zu beantworten. Für deren richtige und vollständige Beantwortung sind Sie auch dann verantwortlich, wenn deren Beantwortung durch eine andere Person erfolgt. Bei unrichtiger oder unvollständiger Beantwortung können wir je nach den Umständen und dem Grad des Verschuldens für eine solche unrichtige oder unvollständige Beantwortung vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen oder unter Umständen auch eine rückwirkende Vertragsanpassung (Ausschluss des Risikos oder Anhebung des Beitrags) verlangen. Dadurch kann es zum vollständigen oder teilweisen Verlust Ihres Versicherungsschutzes kommen, so dass unsere Leistungspflicht in einem solchen Fall ganz oder teilweise entfällt.

Rechtliche Hinweise

Für den beantragten Vertrag gilt deutsches Recht. Vertragsgrundlage sind der Antrag sowie die in diesem Antrag aufgeführten Allgemeinen Bedingungen.

Widerrufsrecht nach § 8 VVG des Antragstellers/Versicherungsnehmers

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschl. unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen (Versicherungsnehmer-Informationen) und diese Belehrung zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Arch Insurance Company (Europe) Ltd
Direktion für Deutschland
Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen
Fax: (0421) 333 02 269
E-Mail: mailbox@archinsurance.de

Widerrufsfolgen: Beginnt der Versicherungsschutz mit Ihrer Zustimmung vor Ablauf der Widerrufsfrist, endet dieser im Falle eines wirksamen Widerrufs mit dem Zugang Ihrer Widerrufserklärung bei uns. In diesem Fall erstatten wir Ihnen den Teil des von Ihnen gezahlten Beitrags, der auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfällt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs bei uns.

Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Ihr Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) - Datenschutzklausel

Sie willigen 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/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Sie willigen ferner ein, dass die Versicherer Ihre allgemeinen Antrags- Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für Sie zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung Ihrer Versicherungsangelegenheiten dient.

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

Vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung konnten Sie Kenntnis nehmen und haben es als Teil der Verbraucherinformation erhalten.

Schlussfolgerungen:

Bevor Sie diesen Antrag und ggf. ergänzende Fragebögen unterschreiben, lesen Sie bitte nochmals die wichtigsten Vereinbarungen, Erklärungen und rechtlichen Inhalte. Des Weiteren lesen Sie bitte ebenfalls ein weiteres Mal Ihre Antworten und Erklärungen.

Hiermit bestätige ich, dass mir eine Kopie des Antrages und die darin aufgeführten Allgemeinen Bedingungen, Vereinbarungen und Klauseln sowie die Versicherungsnehmer-Information ausgehändigt wurden und ich vor Abgabe meiner Vertragserklärung ausreichend Zeit und Gelegenheit hatte, deren Inhalt zur Kenntnis zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift VN / Antragsteller

Unterschrift Vermittler

Vermittler:

Vermittler-Nr.:

Versicherer:

Arch Insurance Company Ltd
Direktion für Deutschland
Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen
Tel.-Nr. (0421) 33302 0
Fax-Nr. (0421) 33302 269
E-Mail mailbox@archinsurance.de

HRB 25094 Amtsgericht Bremen
Hauptbevollmächtigter für Deutschland:
Hans-Christoph Enge

Arch Insurance Company (Europe) Ltd.
Direktion für Deutschland
Herrlichkeit 5-6, 28199 Bremen

Gläubiger-Identifikations-Nr.
DE40AIC00000088295

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Arch Insurance Company (Europe) Ltd., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bankverbindung
Kontonummer _____ Bankleitzahl _____

Kreditinstitut _____

BIC _____

IBAN _____

Versicherungsnehmer _____
Vormane, Name/Firma _____
Kontoinhaber (falls abweichend vom Versicherungsnehmer) _____
Vormane, Name/Firma _____
Straße, Haus-Nr. _____
Postleitzahl und Ort _____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Wichtig! Mandat nur gültig mit Datum und Unterschrift.
Bitte Formular im Original - per Post - zurücksenden.