

# Versicherungsantrag / Deckungsauftrag

## Unfall-Versicherung

### Assistance-Leistungen und Unfall-Rente

Vermittler-Nr.:  7331192 (ACC)  7331112 (ACZ)  7331122 (ACZ-V)  7331132 (ARSK)

**PERSÖNLICHE DATEN**

Antragsteller (VN):

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Versicherte Leistungen	Tarifbezeichnung	Monatsbeitrag
Lebenslange monatliche Unfall-Rente ab 50% Invalidität – 1.000 EUR Assistance-Leistungen nach einem Unfall	UT2020 / Gliedertaxe Plus	<b>14,-- EUR</b>
Zahlweise: <input checked="" type="checkbox"/> ¼-jährlich		

Versicherungsbeginn: \_\_\_\_\_

Versicherungsdauer:

1 Jahr

Der Vertrag verlängert sich von Jahr zu Jahr wenn nicht 3 Monate vorher gekündigt wird.

**Assistance-Leistungen nach einem Unfall inklusive!**

**24-Stunden-Hilfe-Telefon und eine Vielzahl an Assistance-Leistungen! Hier ein kleiner Leistungsauszug:**

- Pflegehilfe für bis zu 6 Monate bei Hilfebedarf für Verrichtungen des täglichen Lebens
- Tägliche Versorgung mit einer warmen Mahlzeit
- Zweimal wöchentlich Einkauf und Erledigung notwendiger Besorgungen
- Begleitung (mit Fahrdienst) zu Arzt-, Therapie- und Behördenterminen
- Wöchentliche Wohnungsreinigung und Versorgung von Wäsche und Pflanzen
- Versorgung mit einer Hausnotrufanlage
- Tag- und Nachtwache bis 48 Stunden nach einer Krankenhausentlassung
- Tägliche körperbezogene Pflegemaßnahmen bis Anerkennung Mindestpflegegrad 2
- Überbrückungshilfe bis 2 Monate für im Haushalt lebende pflegebedürftige Angehörige
- und vieles mehr!

**Der Antrag wird auf Basis der nachstehend genannten Versicherungsbedingungen gestellt:**

Bedingungen zur Unfallversicherung "XXL" 02.2020  
 Klausel 0651: Invaliditätsversicherung "XXL" mit PlusTaxe (0651U18 Stand: 04.2017)  
 Klausel 0721: Altersanpassung der Beiträge (0721 Stand: 02.2020)  
 Klausel 0754: Gesundheitsschaden durch Schutzimpfung gegen Covid-19 (0754U18 Stand: 03.2021)  
 Klausel 0773: Unfall-Festrente "XXL" (0773U18 Stand: 02.2020)

**Zwingend erforderlich!**

**SEPA-Lastschriftmandat**

für InterRisk Versicherungs-AG, Karl-Bosch-Straße 5, 65203 Wiesbaden – Gläubiger-ID-Nr.: DE07SAC 000 000 23899

Ich ermächtige den o. g. Gläubiger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von o. g. Gläubiger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der o. g. Gläubiger wird die SEPA-Basislastschrift spätestens fünf Kalendertage vorab ankündigen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN / Kreditinstitut \_\_\_\_\_

## Versicherte Personen


Versicherte	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Name				
Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Geburtsdatum				
Beruf				
<b>Versicherte Leistungen</b> <b>Lebenslange monatliche Unfall-Rente ab 50% Invalidität: 1.000 EUR</b> und <b>Assistance-Leistungen</b> Tarif: UT2020 / Glieder-taxe Plus / Altersanpassung Prämie				
Monatsbeitrag:	14,-- EUR	14,-- EUR	14,-- EUR	14,-- EUR
Gesundheit				
Wurden bei einer der zu versichernden Personen wegen AIDS, Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Bluterkrankheit, Epilepsie, Glasknochenkrankheit, Multipler Sklerose, Osteoporose, Paget-Krankheit, Spina bifida, Wirbelgleiten oder Zuckerkrankheit in den letzten 5 Jahren ärztliche Behandlungen durchgeführt oder Medikamente verordnet? <b>Wenn ja, wer leidet seit wann an welchen der vorgenannten Krankheiten/Gebrechen?</b>				
Krankheiten/Gebrechen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- seit wann				
Art der Krankheiten/Gebrechen (ggf. auf gesondertem Blatt)				
<b>Andere Unfallversicherungen:</b>				
Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Versicherungen für die zu versichernden Risiken?				
Gesellschaft				
Vertragsnummer				
Beginn / Ablauf				
Falls gekündigt, durch	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer
<input type="checkbox"/> 5 % Familiennachlass - bei Absicherung von 2 Personen im Rahmen <u>eines</u> Vertrages <input type="checkbox"/> 10 % Familiennachlass - bei Absicherung von 3 Personen im Rahmen <u>eines</u> Vertrages <input type="checkbox"/> 15 % Familiennachlass - bei Absicherung von mehr als 3 Personen im Rahmen <u>eines</u> Vertrages				


### EMPFANGSBESTÄTIGUNG der Verbraucherinformationen:

Ich bestätige den Erhalt der dem beantragten Versicherungsschutz zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen, Verbraucherinformationen, Widerrufsbelehrung Merkblatt zur Datenverarbeitung, VVG-Infopflichtenverordnung und des Produktinformationsblattes.

Ich hatte vor Antragsunterzeichnung ausreichend Zeit, mich über den Inhalt dieser Bedingungen zu informieren.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherungsnehmers

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift der mitversicherten volljährigen Person