

Antrag zur Gruppen-Unfallversicherung



Rahmenvertrag: w705810

IAK Inter-Assekuranz Versicherungsmakler GmbH • Werner-Eckert-Straße 11 • 81829 München • Telefon +49 89 741154-0 • Telefax +49 89 741154-925

Antragsteller/Versicherungsnehmer			
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma		Gesamtumsatz in Mio. Euro _____	
Titel, Vor- und Zuname bzw. Firmenbezeichnung		Anschrift	
Adresszusätze/Sortiername bei juristischer Person	Mobiltelefon*	Telefon, geschäftlich*	Telefax, geschäftlich*
E-Mail-Adresse	Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillig		
Vorversicherung			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja; gekündigt durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer, bitte Grund angeben			
Wurde die beantragte Versicherung von einem anderen Versicherungsunternehmen abgelehnt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Gesellschaft	Vertragsnummer	Kündigungsgrund/Grund für Antragablehnung	
Versicherungsdauer			
Datum Versicherungs-/Änderungsbeginn; mittags 12 Uhr		Datum Versicherungsende; mittags 12 Uhr	
Hiermit beantragen wir die Gruppenunfallversicherung für VBA-Mitgliedsunternehmen:			
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 50.000 Euro bei Invalidität (zzgl. 350 % Progression), ▶ 20.000 Euro im Todesfall, ▶ 25.000 Euro bei Invalidität oder Tod von Kunden, die zum Schadenzeitpunkt abgeschleppt wurden oder auf dem Weg zum Abschleppfahrzeug waren, ▶ 24 h-Deckung, ▶ weltweiter Deckungsschutz, ▶ genaue Leistungsbeschreibung gemäß Versicherungsschein, ▶ es gelten die Bedingungen: Allgemeine Bedingungen zur Unfallversicherung sowie die Spezialbedingungen IAK 			
Prämie			
▶ 25,94 Euro brutto p. a. je Mitarbeiter (es gilt eine Mindestprämie von 119 Euro inkl. Versicherungssteuer p. a.)			
Anzahl Abschleppfahrer/Werkstattmitarbeiter _____			
Anzahl kaufmännische Angestellte _____			
Anzahl sonstige Mitarbeiter _____	Bezeichnung _____		
Anzahl Mitarbeiter gesamt _____	x 25,94 Euro je Mitarbeiter inkl. Versicherungssteuer		
= Gesamtprämie inkl. Versicherungssteuer _____	Euro. Mindestprämie 119,00 Euro inkl. Versicherungssteuer.		
SEPA-Lastschriftmandat		Gläubiger-ID: DE12ZZZ00000771873	
<small>Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich/Wir kann/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.</small>			
IBAN		BIC	
Name des Kreditinstituts		Vor- und Zuname des Kontoinhabers	
Anschrift (falls abweichend von Versicherungsnehmer)		Datum, Unterschrift/en des/der Kontoinhaber/s	

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/Versicherungsnehmers