

Neuantrag Änderungsantrag

Antragsteller (Versicherungsnehmer)	Titel, Vorname, Zuname/Firma		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
			Telefon	
Anrede <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Name des gesetzlichen Vertreters		PLZ	Postfach-Nr.
Anschrift <input type="checkbox"/> wie bisher <input type="checkbox"/> geändert <input type="checkbox"/> weitere Anschrift <input type="checkbox"/> c/o	Straße und Hausnr.		<input type="checkbox"/> 1 Student <input type="checkbox"/> 2 Schüler <input type="checkbox"/> 3 Azubi <input type="checkbox"/> 4 Fachrichtung / Ausbildung als: _____	
	PLZ	Wohnort		
	Appartment	Wohnungsnummer		
	Email, Internet			
Bei welcher Gesellschaft ist oder war Antragsteller/ Partner unfallversichert?	Vertrags-Nr.	<input type="checkbox"/> keine Vorversicherung	Wurde der Unfallversicherungsvertrag von der Gesellschaft gekündigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sind in den letzten drei Jahren Schäden angefallen? (ggf. auf gesondertem Blatt erläutern)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Besteht eine dauerhafte körperliche oder geistige Beeinträchtigung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beziehst Du Rentenleistungen aus einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hast Du in den letzten 5 Jahren einen Unfall erlitten? Wann? _____ Ergebnis? _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bezugsberechtigte(r) im Todesfall: (Name / Vorname / Geburtsdatum)				

Hiermit beantrage ich verbindlich bei der Generali Versicherung AG, 81737 München auf Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) in der Fassung der Generali Versicherung AG und den Besonderen Bedingungen und Klauseln.

Studentenunfallversicherung

Monatsbeitrag in EUR inkl. Versicherungssteuer

- Invalidität Grundsumme: 50.000 € | Leistung bei 100 % Invalidität: 175.000 € | Todesfallsumme: 5.000 €
- Invalidität Grundsumme: 75.000 € | Leistung bei 100 % Invalidität: 262.000 € | Todesfallsumme: 5.000 €
- Invalidität Grundsumme: 100.000 € | Leistung bei 100 % Invalidität: 350.000 € | Todesfallsumme: 5.000 €

5,36
7,91
10,46

Beitragsfrei mitversichert:

Kosmetische Operationen 10.000 € | Bergungskosten 25.000 € | Hilfeleistung bei Schwerverletzung 3.000 € | Raubüberfall oder Geiselnahme ohne körperliche Verletzung 3.000 € | Reha-Beihilfe 3.000 € sowie weitere zusätzliche Einschüsse, z.B. Infektionen durch Zeckenbiss oder Unfälle bei lizenzfreien Motorsportveranstaltungen.

Vertragsbeginn am: _____ 12.00 Uhr (ohne Datum: 1 Tag nach Antragstellung - 12.00 Uhr)	Vertragsdauer: <input type="checkbox"/> _____ Jahre	Versicherungssumme: s.o.	Selbstbeteiligung: <input checked="" type="checkbox"/> keine	Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> jährlich (-5 % Rabatt) <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich (-3 % Rabatt) <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich (-3 % Rabatt)
---	---	------------------------------------	--	--

Bitte beantworten Sie unsere Fragen unbedingt zutreffend, vollständig und wahrheitsgemäß, da wir sonst von dem Vertrag zurücktreten oder den Vertrag vorzeitig kündigen können und Sie dann Ihren Versicherungsschutz verlieren.

<p>Datenschutz: In die Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch den Versicherer willige ich nach Maßgabe einseitiger Erklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (Ziffer 3.) ein.</p> <p>Widerrufsbelehrung: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81737 München, E-Mail: service@generali.de, Fax: 089-51 21-1000.</p> <p>Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. 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.</p> <p>Besondere Hinweise: Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.</p>	<p>Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf die Generali meine Beiträge für alle durch diesen Antrag zustandekommenden Verträge im Lastschriftverfahren einzuziehen.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Kto.-Nr.:</td> <td>BLZ:</td> <td><input type="checkbox"/> Konto wie bisher <input type="checkbox"/> Konto geändert <input type="checkbox"/> weiteres Konto</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> </table> <p>Name und Ort des Geldinstituts</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>Name und Unterschrift des Kontoinhabers, wenn nicht mit dem Antragsteller identisch</p> <p style="text-align: center;">X</p> <p>Ich bestätige, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Zusatzvereinbarungen, die Produkt- und Kundeninformationen sowie das Merkblatt zur Datenvereinbarung erhalten zu haben. Eine Durchschrift dieses Antrags habe ich ebenfalls erhalten.</p>	Kto.-Nr.:	BLZ:	<input type="checkbox"/> Konto wie bisher <input type="checkbox"/> Konto geändert <input type="checkbox"/> weiteres Konto	X	X	
Kto.-Nr.:	BLZ:	<input type="checkbox"/> Konto wie bisher <input type="checkbox"/> Konto geändert <input type="checkbox"/> weiteres Konto					
X	X						
Datum, Unterschrift / Stempel des Antragstellers X	Datum, Unterschrift des Promoters X	Datum, Unterschrift / Stempel des Antragstellers X					

1. Laufzeit:

Es gilt die vereinbarte Vertragsdauer. Nach deren Ablauf verlängert sich der Vertrag stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugeworfen ist.

2. Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz:

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/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen geführt und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergegeben werden, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

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. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte.

3. Einwilligungserklärung zur Bonitätsprüfung:

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten selbst oder von einer Auskunft einholt und nutzt (vgl. Nr. 1 der Information zur Bonitätsprüfung). Ebenso willige ich ein, dass zum gleichen Zweck vom Versicherer eine auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugte Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit genutzt wird. Gleiches gilt für eine von einer Auskunft eingeholte Einschätzung (vgl. Nr. 3 der Information zur Bonitätsprüfung). Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Außerdem ist der Versicherer verpflichtet, mir Auskunft zu geben über die zu meiner Person gespeicherten Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie zum Zweck der Speicherung. Zur Überprüfung meiner dort gespeicherten Daten kann ich mich auch direkt mit den Auskunft gebenden Unternehmen in Verbindung setzen. Die Adressen dieser Firmen sowie weitere Informationen finden sich insgesamt in der Information zur Bonitätsprüfung.

4. Beitrag:

Der Beitrag ist je nach gewünschter Zahlweise im Voraus zu entrichten. Er enthält die vom Versicherungsnehmer zu entrichtende Versicherungssteuer (derzeit 19%).

5. Risikoträger:**Generali Versicherung AG**

Adenauerring 7, 81737 München

Sitz: München

Handelsregister-Nr.: AG München HRB 7731

USt-IdNr. DE 811 233 896

Deckungsumfang		
Erweiterung des Versicherungsschutzes	Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder Medikamente	●
	Geltendmachung der Invaliditätsleistung	●
	Zahlung der Inv.-Leistung bei Diagnosestellung	●
	Versicherung des Haushaltshilfegeldes	● 1.000 € (nur Erwachsene)
	Kombiniertes Rooming-In- und Schulausfallgeld	● 40,- € (nur Kinder)
	Mit progressiver Inv.-Staffel 350 %	●
	Raubüberfall oder Geiselnahme ohne körperliche Verletzungen	● 3.000,- €
	Hilfeleistung bei Schwerverletzungen	● 5.000,- €
	Versicherung einer Reha-Beihilfe	● 3.000,- €
	Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen	● bis 10.000,- €
	Erweiterter Vers.-schutz für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungen	● bis 10.000,- €
	Versicherung von Bergungskosten	● bis 25.000,- €
	Erhöhte Leistungen beim gleichzeitigen Bestehen einer Kfz-Versicherung	● 25% Zusatzleistung
	Familienvorsorge	●
	Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe	●
	Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen	●
	Unfälle durch epileptische Anfälle	●
	Alkoholbedingte Bewusstseinsstörungen	● bei Kfz bis 1,1 ‰
	Versicherung von Unfällen bei lizenzfreien Motorsportveranstaltungen	●
	Unfälle bei Inneren Unruhen / gewalttätigen Auseinandersetzungen	●
	Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen	● ab 45 %
	Infektionen durch Zeckenbiss	●
	Für Chemiker, Desinfektoren und Angehörige von Heilberufen	●
Versicherung von Infektionen bei geringfügigen Hautverletzungen	●	
Begründung des Leistungsanspruches	●	