



Jetzt sofort absichern!

Deckungsaufgabe zur Unfallversicherung für Psychologen/Angebotsanforderung

Agenturnummer: 37.216

Faxantwort

Bitte senden Sie den Coupon einfach per Fax an **030 - 20 91 66 555** oder per Post an unten stehende Adresse.

Antragssteller/Versicherungsnehmer (VN):

Titel, Vorname, Name _____ weiblich männlich

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Nationalität _____

Telefon (tagsüber) _____ E-MailAdresse _____

Geburtsdatum _____ derzeit ausgeübter Beruf _____

Beruflicher Status: angestellt selbstständig Beamter Student/PIA

BDP-Mitglied: nein ja – Mitglieds-Nr.: _____

Zu versichernde Person (sofern abweichend von VN):

Titel, Vorname, Name _____ weiblich männlich

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____ Nationalität _____

Geburtsdatum _____ derzeit ausgeübter Beruf _____

Beruflicher Status: angestellt selbstständig Beamter Student/PIA

BDP-Mitglied: nein ja – Mitglieds-Nr.: _____

Sie wollen Ihre ganze Familie absichern? Schicken Sie uns einfach für jede Person einen eigenen Antrag.

Widerrufliches Bezugsrecht im Todesfall:

Folgender Personenkreis, in Reihenfolge: 1. in gültiger Ehe lebender Partner / 2. eheliche und gesetzlich gleich gestellte Kinder / 3. Eltern / 4. Sonstige Erben

Folgende Personen (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

Versicherungsumfang:

Rahmenvertrag: BDPS0001

Leistungsparameter (Auszug*)	Gothaer TOP	Gothaer TOP mit KHT	Gothaer TOP PLUS mit KHT	Gothaer TOP PLUS mit CuraPlus und KHT
Grundsomme Invalidität	100.000 €	100.000 €	100.000 €	100.000 €
Höchstleistung bei Vollinvalidität	600.000 €	600.000 €	600.000 €	600.000 €
Krankenhaustagegeld (KHT)	-	50 €	50 €	50 €
Genesungsgeld	-	50 €	50 €	50 €
Todesfall-Leistung	15.000 €	15.000 €	15.000 €	15.000 €
Kosmetische Operationen	20.000 €	20.000 €	30.000 €	30.000 €
Bergungskosten	20.000 €	20.000 €	30.000 €	30.000 €
Verbesserte Gliedertaxe z.B. Invalidität bei Stimmverlust	✓ 80 %	✓ 80 %	✓ 100 %	✓ 100 %
Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer (Tarifgruppe A/BDP-Mitglieder)**	122,25 €	171,06 €	196,72 €	246,60 €
Abschluss gewünscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



* Den vollständigen Leistungsumfang entnehmen Sie den Versicherungsbedingungen.
 ** Ab dem vollendeten 65. Lebensjahr gilt der Seniorentarif. Ggfs. wird ein Versicherungsvorschlag übersandt.

Ich interessiere mich auch für eine Kranken-Zusatzversicherung für den stationären Bereich.

Ich wünsche eine individuelle Beratung. Bitte kontaktieren Sie mich.

Versicherungsbeginn (12.00 Uhr) _____ Laufzeit: 1 Jahr (mit Verlängerungsoption)

Zahlweise: jährlich per Rechnung per Lastschrift

Bankverbindung: Kontonummer: _____ BLZ: _____ Name der Bank: _____

Fragen zum Gesundheitszustand:

- Hat die zu versichernde Person in den **letzten 5 Jahren Unfälle** erlitten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machten? nein ja – Bitte Detailinformationen auf separatem Blatt beifügen.
- Wurde oder wird die zu versichernde Person in den **letzten 5 Jahren** wegen einer schweren Erkrankung (solche, die eine Krankenhausbehandlung erforderten oder Schwerbehinderung zur Folge haben oder regelmäßige Behandlung oder Medikamenteneinnahme erforderlich machen) ärztliche beraten, untersucht oder behandelt? nein ja – Bitte Detailinformationen auf separatem Blatt beifügen.

Fragen zu Vorversicherungen:

Bestehen, bestanden oder wurden Unfall- (UV), Krankenhaustagegeld- (KHT) oder Tagegeldversicherungen (KT) beantragt? Nein UV KHT KT

Gesellschaft: _____ Versicherungssumme: _____ von-bis: _____

Ablehnung am: _____ Wer hat gekündigt? Versicherungsunternehmen Versicherungsnehmer

Ich bestätige, dass ich die Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen (GUB2010, Stand: 07/2010) vor Antragstellung erhalten habe. Diese stehen unter www.bdp-wirtschaftsdienst.de zur Verfügung.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Versicherungsnehmer: _____