





# 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)**	<b>134,47 €</b>	<b>171,57 €</b>	<b>197,32 €</b>	<b>247,31 €</b>
Abschluss gewünscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitversicherung CuraPlus 50 € p.a. inkl. Versicherungssteuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



\* Den vollständigen Leistungsumfang entnehmen Sie den Versicherungsbedingungen.  
 \*\* Ab dem vollendeten 65. Lebensjahr gilt der Senientarif. 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](http://www.bdp-wirtschaftsdienst.de) zur Verfügung.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_