

Antrag auf den Abschluss einer Corporate Protection Insurance (K&R)

Versicherungsnehmer (in Deutschland oder Österreich)

Name der Organisation

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Versicherte Personen (Gerne stellen wir Ihnen unsere Anmelde-Liste zur Verfügung)

Anzahl versicherter Personen:
(versichert sind beliebige Aufenthalte im Ausland innerhalb eines Jahres)

Gewünschter Versicherungsumfang (bitte ankreuzen)

	<input type="checkbox"/> Option 1	<input type="checkbox"/> Option 2
Lösegeld:	1.000.000€ je Versicherungsfall	Nicht versichert
Verlust von Lösegeld während des Transports/Übergangs:	1.000.000€ je Versicherungsfall	Nicht versichert
Gebühren und Kosten Krisenmanagement:	Unbegrenzt je Versicherungsfall	Unbegrenzt je Versicherungsfall
Zusätzliche Kosten:	1.000.000€ je Versicherungsfall	Nicht versichert
Personenschäden:	100.000€ je versicherte Person und maximal 500.000€ je Versicherungsfall	100.000€ je versicherte Person und maximal 500.000€ je Versicherungsfall
Versicherungsprämie:	119,00€ (inkl. Versicherungssteuer) pro dauerhaft versicherter Person und Versicherungsjahr	83,30€ (inkl. Versicherungssteuer) pro dauerhaft versicherter Person und Versicherungsjahr
	Mindestbeitrag 357,00€ (inkl. Versicherungssteuer) pro Kalenderjahr	Mindestbeitrag 357,00€ (inkl. Versicherungssteuer) pro Kalenderjahr

Versicherungsbedingungen: Dem Versicherungsvertrag liegen die Hiscox Corporate Protection Bedingungen 01/2018 zu Grunde.

Beginn und Fälligkeit des Versicherungsvertrages

Beginn (Tag/Monat/Jahr)

Der Beginn darf max. 1 Monat in der Vergangenheit liegen. Versicherungsschutz besteht frei von bekannten Drohungen oder Vorfällen, welche zu einem Versicherungsfall führen könnten. Die Versicherung läuft zunächst für ein Jahr und verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht von einem der Vertragspartner einen Monat vor Ablauf gekündigt wird.

Geheimhaltung

Gemäß den Vorgaben der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (siehe Rundschreiben 3/1998 (VA) – Hinweise des BAV zum Betrieb von Lösegeldversicherungen) sollte der Versicherungsnehmer nicht mehr Personen seines Vertrauens als notwendig über das Bestehen der Versicherung informieren. Diese Personen müssen durch Sie zur Verschwiegenheit angehalten werden.

Zahlungsweise

Einzugsermächtigung durch SEPA Lastschriftmandat von folgendem Konto:

IBAN BIC

Ich ermächtige die DR-WALTER GmbH (Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE76ZZ00000887121; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der DR-WALTER GmbH auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Nachname)

Unterschrift des Kontoinhabers

Überweisung nach Rechnungserhalt auf das Konto der DR-WALTER GmbH, Postbank Köln, BIC: PBNKDEFF, IBAN: DE03 3701 0050 0212 0765 00

An- und Abmeldungen von versicherten Personen (ggfls. Beiblatt verwenden)

Die An- und Abmeldung erfolgt über eine separate Liste. Bitte beachten Sie, dass sämtliche ins Ausland entsandte Personen (unabhängig des Entsendungslandes) für den jeweiligen Zeitraum des Auslandsaufenthaltes angegeben werden müssen. Eine Versicherung bestimmter Mitarbeiter- oder Personengruppen ist nicht möglich.

Ausgeschlossene Länder

Kein Versicherungsschutz besteht in den Ländern Afghanistan, Irak, Mali, Nigeria, Somalia und Syrien. Reisen oder Aufenthalte in diesen Ländern können durch vorherige Anmeldung und unter Aufzählung der Personenanzahl, des Zeitraumes und der Sicherheitsvorkehrungen gegen Mehrprämie in den Vertrag eingeschlossen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers