DR.WALTER

Anmeldung zur D&O, Vermögensschadenhaftpflicht- und Strafrechtsschutzversicherung

Angaben zur Versicherungsnehmerin

Name des Vereins	Branche/Vereinszweck	
Anschrift des Vereins: Straße und Hausnummer	PLZ	Ort
Anzahl Mitarbeiter (alle Organe, Festangestellten, Freien und alle Ehrenamtlichen Mitarbeiter sind zu berücksichtigen)	Homepage	
Name Ansprechpartner	Telefon	E-Mail

1. Die Versicherungsnehmerin wurde vor mehr als 3 Jahren gegründet.	☐ Trifft zu	☐ Trifft nicht zu
2. Das konsolidierte Eigenkapital der Versicherungsnehmerin ist positiv.	☐ Trifft zu	☐ Trifft nicht zu
3. Die Versicherungsnehmerin hat im letzten Geschäftsjahr einen konsolidierten Jahresüberschuss bzw. einen ausgeglichenen Haushalt erwirtschaftet.	☐ Trifft zu	☐ Trifft nicht zu
4. Gegenüber den Mitgliedern der Leitungs- und Kontrollorgane der Versicherungsnehmerin wurden während der letzten 3 Jahre weder Ansprüche im Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit erhoben oder angedroht, noch sind ihnen Umstände bekannt, die zu einer Inanspruchnahme führen könnten.	☐ Trifft zu	☐ Trifft nicht zu

Auswahl des Versicherungsschutzes

	S Versicherungssumme 100.000€	M Versicherungssumme 200.000€	L Versicherungssumme 300.000€	Versicherungssumme
(D&O) Manager-Haftpflichtversicherung	☐ **400€** Jahresprämie	☐ **500€** Jahresprämie	☐ **600€** Jahresprämie	☐ Jahresprämie
(VSH) Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung	☐ **700€** Jahresprämie	☐ **900€** Jahresprämie	☐ **1.100€** Jahresprämie	☐ Jahresprämie
(StraRS) Strafrechtsschutz-Versicherung	☐ **660€** Jahresprämie	☐ **700€** Jahresprämie	☐ **730€** Jahresprämie	☐ Jahresprämie
D&O und VSH als Paket	☐ **1.100€** Jahresprämie	☐ **1.400€** Jahresprämie	☐ **1.700€** Jahresprämie	☐ Jahresprämie
D&O, VSH und StraRS als Paket	☐ **1.550€** Jahresprämie	☐ **1.900€** Jahresprämie	☐ **2.200€** Jahresprämie	☐ Jahresprämie

Alle Prämien zuzüglich Versicherungssteuer (zur Zeit 19%)

Gewünschter Versicherungsbeginn

Auswahl der Zahlungsweise

☐ **Jährliche Zahlung durch SEPA Lastschriftmandat** von folgendem Konto:

IBAN | BIC

Ich ermächtige die DUAL Deutschland GmbH (Schanzenstraße 36, 51063 Köln, Germany; Gläubiger-Identifikationsnummer DE18ZZZ00000371931; Mandatsreferenz: Versicherungsnummer) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich das Kreditinstitut an, die von der DUAL Deutschland 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 DUAL Deutschland GmbH, Kreissparkasse Köln, BIC: COKSDE33, IBAN: DE03 3705 0299 0310 5513 88

Wichtige Hinweise und Unterschrift

Der/Die Unterzeichner erklärt/erklären, mit Wirkung für und gegen die Gesellschaft als Versicherungsnehmerin, ihre Tochtergesellschaften und die zu versichernden Personen, die oben gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Dieser ausgefüllte Fragebogen und die eventuellen Anlagen sind die Grundlage der Versicherung und werden deshalb ein Bestandteil des Versicherungsvertrages sein. Für den Fall, dass ein Versicherungsvertrag zustande kommt, gelten die vorstehend gemachten Risikoangaben als vorvertragliche Angaben im Sinne des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) gegenüber dem/n Versicherer/n.

Hinweis auf Rechtsfolgen bei unzutreffenden Angaben:
Falsche Angaben oder Risikoinformationen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ausführliche Hinweise zu den Anzeigepflichten und zu den Folgen einer Anzeigepflichtverletzung finden Sie in der nachfolgend abgefassten „Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung".

Ort, Datum | Unterschrift eines Mitgliedes des Vorstandes/der Geschäftsführung | Firmenstempel

Bitte senden Sie diesen Antrag an
Dr. Walter GmbH, Eisenerzstr. 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, T +49 (0) 2247 9194-754, F +49 (0) 2247 9194-304, metz@dr-walter.com

Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

(Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz)

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsvertrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Wir sind auf Ihre Angaben angewiesen, um das Risiko richtig einschätzen zu können und den Beitrag in einer angemessenen Höhe zu ermitteln. Aus diesem Grund sind Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie eine vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Schlusserklärung des Antragstellers sowie weitere wichtige Hinweise

Ermächtigung zur Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die Versicherer und die Dr. Walter GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen. Die allgemeinen Vertrags- und Abrechnungsdaten können außerdem an die vermittelnde Agentur weitergegeben werden.

Vertragsgrundlagen

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn.

Darüber hinaus können Sie sich bei Beschwerden auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

- Versicherungs-Ombudsmann, Postfach 080632, 10006 Berlin

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Vertragspartner

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die Dr. Walter GmbH mit ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaften zusammen:

Den Versicherungsschutz für die D&O-, die VSH- und die StraRS-Versicherung gewährt die:

DUAL Deutschland GmbH, Schanzenstraße 39 D21, 51063 Köln.
Sitz: Köln, Registergericht Köln HRB 56034

Versicherungsprämie

Der Beitrag für Ihre Versicherung ist ein Jahresbeitrag und richtet sich nach dem gewählten Tarif. Bei Erteilung einer Einzugsermächtigung wird der Beitrag jährlich eingezogen.

Folgende Tarife stehen zur Auswahl:

	S Versicherungssumme 100.000 €	**M** Versicherungssumme 200.000 €	**L** Versicherungssumme 300.000 €
D&O-Versicherung	400 €	500 €	600 €
VSH-Versicherung	700 €	900 €	1.100 €
StraRS-Versicherung	660 €	700 €	730 €
D&O und **VSH** als Paket	1.100 €	1.400 €	1.700 €
D&O, **VSH** und **StraRS** als Paket	1.550 €	1.900 €	2.200 €

Alle Prämien zuzüglich Versicherungssteuer (zur Zeit 19 %)

Weitere Tarifvarianten erhalten Sie gerne auf Anfrage.

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 Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung zugegangen sind.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

DUAL Deutschland GmbH
c/o Dr. Walter GmbH
Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Fax: +49 (0) 2247 9194 - 40
E-Mail: vertrag@dr-walter.com

Kontakt

Bitte wenden Sie sich bei allen Fragen zur Vertrags- und Leistungsabwicklung an unser Büro:

Dr. Walter GmbH
Versicherungsmakler
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Registergericht Siegburg HRB 4701
Geschäftsführer: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen

Postbank Köln, IBAN: DE 03 3701 0050 0212 0765 00, BIC: PBNKDEFF

T +49 (0) 2247 9194 - 0
F +49 (0) 2247 9194 - 40

info@dr-walter.com
www.dr-walter.com