

INTER PraxisSchutz®

Deckungsnote Haftpflichtversicherung für Gesundheitsfachberufe

FAX an: 0621 - 427 7937

Mail an: Komposit-Gewerbe-Betrieb@inter.de

INTER Makler Service Management

Vermittler-Nr.:

(INTER-Nr. und Ihres Pools)

Eigene IHK Registrierungsnummer:

Angebots-Nr.:

A. Daten des Versicherungsnehmers

Herr Frau Firma

Firmenname:

Rechtsform:

Geschäftsführer/Inhaber:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Betriebsart/en:

B. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die INTER Krankenversicherung AG¹⁾, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der INTER Krankenversicherung AG¹⁾ auf mein 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Zuname (Kontoinhaber)

Kreditinstitut

Straße/Haus-Nr.

IBAN

PLZ

Wohnort

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

¹⁾ Die INTER Krankenversicherung AG, mit der Gläubiger-Identifikationsnummer: DE84ZZZ00001899172, führt den Lastschrifteinzug auch für die INTER Lebensversicherung AG und die INTER Allgemeine Versicherung AG durch.

C. Vertragsdaten

Vertragsbeginn: _____ 0 Uhr Vertragsablauf: _____ 12 Uhr

Vertragslaufzeit: _____ Jahr(e)

Zahlungsweise: jährlich 1/2-jährlich (+3%) 1/4-jährlich (+5%)

Vertragsgrundlagen

- Informationen gemäß § 1 VVG InfoV.
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (H-001.01)
- Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) zur Haftpflichtversicherung für Gesundheitsfachberufe sowie Tierärzte und sonstige Tierbehandler (H-504.001)
- Produktinformationsblatt Privathaftpflicht gemäß § 4 VVG Informationspflichtenverordnung
- Merkblatt Datenverarbeitung
- Belehrung nach 19-22 VVG

Selbstbeteiligung

In der Betriebshaftpflichtversicherung gibt es keine Selbstbeteiligung.

D. Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherung (BHV) – Versicherte Tätigkeiten, versicherter Umfang (Deckung)

Premium-Deckung

WKZ

Versicherungssumme für Personen-, Sach- und Vermögens- sowie sonstige Tätigkeitsschäden
Jeweils 3-fach maximiert pro Vers.-Jahr

5 Mio. EUR 3 Mio. EUR

Jahresnettoumsatz

_____ EUR

Reduzierung auf Exklusiv-Deckung (Nachlass siehe unter Position H)

E. Einschluss einer Familien-Privathaftpflichtversicherung als Zusatzdeckung

PHV Premium – 10 Mio. EUR pauschal für Personen- und Sachschäden sowie 1 Mio. EUR für Vermögensschäden (WKZ 9001.702)

Nicht gewünscht

jeweils 2-fach maximiert pro Vers.-Jahr

F. Einschluss Private Hundehalterhaftpflicht

Hundehalterhaftpflichtversicherung für _____ Hund/e gewünscht (WKZ 3001.012)

Hunderasse: 1. _____ 2. _____

Geburtsjahr: 1. _____ Name: _____ 2. _____ Name: _____

Chip-Nummer: 1. _____ 2. _____

Sogenannte Kampfhunde werden nicht versichert!

G. Angaben zur Vorversicherung/Vorschäden der letzten 5 Jahre

Keine Vorversicherung vorhanden (BHV) Keine Vorversicherung vorhanden (PHV)

Gesellschaft/en: _____

Vertragsnummer/n: _____

Vorschäden: ja nein

Wenn „ja“, bitte die Anfrage an maklerservice-gewerbe@inter.de senden:

Bemerkungen

H. Prämienberechnung

Nettoprämie _____ EUR

Einschluss Privathaftpflicht + _____ EUR

Einschluss Hundehalterhaftpflicht + _____ EUR

Zwischensumme = _____ EUR

Nachlässe: Vorverlauf _____ % - _____ EUR

Laufzeit _____ % - _____ EUR

Jahresnettoprämie = _____ EUR

Ratenzahlungszuschlag _____ % + _____ EUR

Nettoprämie inkl. Ratenzahlungszuschlag = _____ EUR

Nettoprämie laut Zahlungsweise _____ EUR

Gesetzliche Versicherungsteuer (z. Zt. 19%) + _____ EUR

Gesamtpremie pro Fälligkeit = _____ EUR

I. Sonstige Bemerkungen

J. Unterschriften

_____	_____	_____	_____
Datum	Unterschrift Antragsteller/in	INTER Vermittlernummer	Unterschrift Vermittler

Erklärung des Vermittlers

Wenn der Vermittler den Deckungsauftrag im Auftrag des Kunden selbst ausgefüllt und unterzeichnet hat, bestätigt er hiermit, dass er im Besitz des original Maklervertrages mit Maklervollmacht ist.