

Rechtsschutzversicherung für Krankengymnasten - Praxen



Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
D-86415 Mering

Tel.: +49 (0)8233-744840
Fax: +49 (0)8233-30556

http://www.jahundpartner.com
E-Mail: info@jahundpartner.com

Versicherer: Concordia Rechtsschutz-Versicherungs-Aktiengesellschaft

BD / Vertretung: 08373

UV: _____

Insp.: _____

Neuantrag

Änderungs- und Verlängerungsantrag zu Versicherungsnummer: _____

Antragsteller/in

Herr Frau Firma (bitte Rechtsform angeben)

Zuname / Firma: _____

Vorname: _____

Privatanschrift: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße / Haus-Nr. / ggf. Ortsteil – Anschrift des versicherten Betriebes / der Praxis: _____

PLZ / Ort: _____

Beruf / Betriebsart (= versicherte Eigenschaft): **Krankengymnast/in**

Vertragsbeginn (0 Uhr)

Frühestens bei Antragseingang beim Versicherer. _____

Vertragsdauer 1 Jahr

Der Vertrag gilt für die angegebene Vertragsdauer. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um 1 Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor dem jeweiligen Ablauf des Vertrages der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Versicherungsbedingungen/Versicherungssumme:

Zu den Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2010, Stand 01.10.2010), den vereinbarten Spezialklauseln und Sonderbedingungen wird bei einer **unbegrenzten Versicherungssumme beim Schadenersatz-Rechtsschutz wegen Personenschäden** und ansonsten bei einer **Versicherungssumme von 500.000 €** je Rechtsschutzfall (bei allen Rechtsschutzfällen in Übersee bei einer Versicherungssumme von 155.000 €) – Kautionsdarlehen bis 100.000 € eingeschlossen – beantragt:

I. Pauschaler Rechtsschutz für Selbständige und Firmen

auch für beherrschende Gesellschafter – Geschäftsführer einer GmbH

Wenn Antragsteller eine Gesellschaft ist:

Bitte angeben, welche Inhaber (Partner) / Geschäftsführer / Vorstandsmitglieder mitversichert sein sollen (Name, Anschrift der Hauptwohnung).

Stand 11.2010

Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH – Kanalstraße 3 – D-86415 Mering
Geschäftsführer: Herr Rüdiger Jahn - Gerichtsstand: Amtsgericht Augsburg HRB 9396
Bankverbindung: Raiffeisenbank Mering, BLZ: 72069155, Konto: 0142220

Rechtsschutzversicherung für Krankengymnasten - Praxen



Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
D-86415 Mering

Tel.: +49 (0)8233-744840
Fax: +49 (0)8233-30556

http://www.jahnpundpartner.com
E-Mail: info@jahnpundpartner.com

Pauschaler Rechtsschutz für Krankengymnasten nach § 28 ARB – ohne Selbstbeteiligung im Schadensfall –

Ist der/die Antragsteller/in ZVK-Mitglied? ja nein

Inhaber der Praxis ist – falls nicht oben angegeben – (Name, Anschrift der Hauptwohnung)

Mitversichert wird der weitere Inhaber (Partner) – (Name, Anschrift der Hauptwohnung)

1. **Berufs-Rechtsschutz** nach § 28 Abs. 1a ARB (Grundversicherungsschutz)
2. **Verkehrs-Rechtsschutz** für alle selbst genutzten Motorfahrzeuge zu Lande, zu Wasser und in der Luft sowie für Anhänger
3. **Privat-Rechtsschutz** nach § 28 Abs. 1b ARB für den Antragsteller bzw. oben angegebenen Inhaber
4. **Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz** für den Antragsteller bzw. oben angegebenen Inhaber für
 - o alle selbst bewohnten Wohneinheiten in Deutschland
 - o das selbst genutzte Praxisgrundstück und die selbst genutzten Praxisräume unter der oben angegebenen Anschrift
5. **Ergänzungs-Rechtsschutz** (Spezialklausel 101), u. a. bestehend aus
 - o Spezial-Straf-Rechtsschutz im privaten Lebensbereich, im betrieblichen Bereich bei Ausübung der versicherten selbstständigen Tätigkeit, im beruflichen Bereich als Nichtselbständiger und bei der Ausübung eines Ehrenamtes. Die Übernahme der Kosten und Gebühren erfolgt in angemessener Höhe (Honorarvereinbarungen).
 - o Vertrags-Rechtsschutz für Hilfs- und Investitionsgeschäfte
 - o Dienstreise-Rechtsschutz
 - o AGG-Rechtsschutz (Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz)
 - o Verwaltungs-Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in Widerspruchsverfahren und vor Verwaltungsgerichten in den Bereichen Gewerberecht, Handwerksrecht und Zulassungsrecht freier Berufe.

A. Die Praxis hat

Jahresbeitrag in € einschließlich
derzeit 19 % Versicherungssteuer

<input type="checkbox"/> keine	Beschäftigte	472,00 €	_____
<input type="checkbox"/> 1 bis 3	Beschäftigte	492,00 €	_____
<input type="checkbox"/> 4 bis 6	Beschäftigte	573,00 €	_____
<input type="checkbox"/> 7 bis 10	Beschäftigte	793,00 €	_____
<input type="checkbox"/> 11 bis 15	Beschäftigte	968,00 €	_____
<input type="checkbox"/> 16 bis 20	Beschäftigte	1.167,00 €	_____
<input type="checkbox"/> Zuschlag für den weiteren Inhaber		154,00 €	_____

B. Der Antragsteller ist **selbständig** tätig **ohne eigene Praxis**

<input type="checkbox"/> keine Beschäftigte	288,00 €	_____
--	-----------------	-------

Rechtsschutzversicherung für Krankengymnasten - Praxen



Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
D-86415 Mering

Tel.: +49 (0)8233-744840
Fax: +49 (0)8233-30556

http://www.jahundpartner.com
E-Mail: info@jahundpartner.com

II. Zusätzlich kann versichert werden:

1. Erweiterung: **Rechtsschutz für vermietete Wohnung (§ 29 ARB) im selbstbewohnten Einfamilienhaus mit Einliegerwohnung bzw. im selbstbewohnten Zweifamilienhaus (Hauptwohnung)**

Beitrag: **69,00 €**

Diese Vertragserweiterung gilt für den Versicherungsnehmer den Praxispartner

2. Erweiterung: **Zusatzleistungen**
(Spezialklausel 104 und unbegrenzte Versicherungssumme auch bei der Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen bei Sachschäden)

Beitrag: **48,00 €**

Alle genannten Beiträge sind Bruttobeiträge einschließlich der aktuellen Versicherungssteuer.

Zahlungsweise

Zahlungsweise 1 / jährlich

Zuschläge: 3 % bei 1/2 jährlicher Zahlungsweise

5 % bei 1/4 jährlicher Zahlungsweise

5 % bei monatlicher Zahlungsweise (nur in Verbindung mit Lastschriftverfahren)

Lastschriftverfahren

Konto-Nr.: bei Bankleitzahl:

Bestehen oder bestanden für den Antragsteller, die Praxis, den Praxisinhaber oder seinen Ehegatten / Lebenspartner schon Rechtsschutzversicherungen?

Nein Ja, bei

(Versicherungsgesellschaft)

Wer kündigte? Antragsteller Versicherer

Anzahl der den Versicherern in den letzten 3 Jahren gemeldeten Rechtsstreitigkeiten

Rechtsschutzversicherung für Krankengymnasten - Praxen



Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
D-86415 Mering

Tel.: +49 (0)8233-744840
Fax: +49 (0)8233-30556

<http://www.jahundpartner.com>
E-Mail: info@jahundpartner.com

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz – BDSG –

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und / oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der Concordia Versicherungsgruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den / die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass die Jahn und Partner Versicherungsmakler GmbH (Vermittler) meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Einwilligungsklausel für Bonitätsfragen

Ich willige ein, dass die Concordia Rechtsschutz-Versicherungs-Aktiengesellschaft zu Zwecken des Vertragsabschlusses sowie der Vertragsverwaltung und –abwicklung Informationen zu meiner Bonität von der InFoScore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden oder weiteren vergleichbaren Unternehmen bezieht und nutzt. Ich willige ein, dass die der Concordia Rechtsschutz-Versicherungs-Aktiengesellschaft zugegangenen Informationen Einfluss auf den Umfang des Versicherungsvertrages haben können.

Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des beantragten Vertrages und auch für weitere bei der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. und den nach § 15 ff. Aktiengesetz mit ihr verbundenen Unternehmen beantragte Verträge. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei der Concordia zu den über mich gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen gemäß §7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Concordia Rechtsschutz-Versicherungs-AG, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich entsprechend der von Ihnen gewählten Zahlungsweise um einen Betrag in Höhe von 1/360 des Jahresbeitrags, 1/180 des Halbjahresbeitrags, 1/90 des Vierteljahresbeitrags oder 1/30 des Monatsbeitrags pro Tag; der von Ihnen zu zahlende Beitrag und die Zahlungsweise sind in dem Versicherungsantrag unter „Vertragslaufzeit“ oder unter „Gesamtbeitrag“ ausgewiesen. Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Ende der Widerrufsbelehrung

Stand 11.2010

Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH – Kanalstraße 3 – D-86415 Mering
Geschäftsführer: Herr Rüdiger Jahn - Gerichtsstand: Amtsgericht Augsburg HRB 9396
Bankverbindung: Raiffeisenbank Mering, BLZ: 72069155, Konto: 0142220

Rechtsschutzversicherung für Krankengymnasten - Praxen



Jahn & Partner Versicherungsmakler GmbH

Kanalstraße 3
D-86415 Mering

Tel.: +49 (0)8233-744840
Fax: +49 (0)8233-30556

<http://www.jahundpartner.com>
E-Mail: info@jahundpartner.com

Erklärung

Ich möchte, dass der Versicherungsschutz zum beantragten Zeitpunkt und damit ggf. vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.
(Bitte streichen, sofern nicht gewünscht.)

Empfangsbestätigung

Ich bestätige hiermit, die folgenden Unterlagen rechtzeitig vor Unterschrift dieses Antrags erhalten zu haben:

- die für den beantragten Versicherungsvertrag geltenden Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB 2010), Stand 01.10.2010, mit den vereinbarten Spezialklauseln und Sonderbedingungen;
- die Kundeninformation zu dem beantragten Versicherungsvertrag;
- die Belehrung über die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung;
- das Merkblatt zur Datenverarbeitung – Fassung März 2010.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in zur Empfangsbestätigung

Bitte beachten Sie: Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die vorstehenden Erklärungen und Hinweise. Diese enthalten unter anderem Einwilligungserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person(en) zum Datenschutz.

Ich erkläre mich damit einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers / der Vermittlerin

Ort, Datum

Firmenstempel sowie Unterschrift des Antragstellers