

Berufshaftpflichtversicherung

Angebot/ Antrag Heilberufe



Vermittlernummer: 4976 GVO Versicherung

Versicherungsnehmer

Vorname _____ Nachname _____
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) _____ Straße, Nr. _____
PLZ, Ort _____ Land _____
Telefon _____ Email _____

ensure! GmbH
Willy-Brandt-Str. 67
20457 Hamburg

Tel. 040 / 41 43 79 - 79
Fax 040 / 41 43 79 - 78
Mob. +49 17 94 17 77 99

info@ensure-online.de
www.ensure-online.de

Männlich Weiblich

Betriebsart	Heilpraktiker / Fußpflege / Heilpraktiker für Psychotherapie / Chiropraktiker / Homöopath / Motopäde / Osteopath und Kosmetische Dienstleistungen		
Sparte/ Bedingung	Berufshaftpflichtversicherung (BHV)		
Deckungssumme	€ 10.000.000 pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (für Personen-, Sach- und daraus folgende Vermögensschäden, 2-fach pro Jahr maximiert, Umwelt-Basisdeckung 1-fach maximiert, echte Vermögensschäden sind bis € 100.000 versichert)		
Prämien pro Jahr inkl. Versicherungssteuer	Berufshaftpflichtversicherung	€ 117	
	Baustein Dozent (Für Fitness- und Gesundheitsthemen)	Zuschlag: € 13 zur Berufshaftpflicht	
Baustein Privathaftpflicht (Familie) (€ 20.000.000 für Personen-, Sach- und daraus folgende Vermögensschäden (2-fach pro Jahr maximiert, Umwelt-Basisdeckung) 1-fach maximiert, echte Vermögensschäden sind bis € 100.000 versichert)	Zuschlag: € 17 zur Berufshaftpflicht	Baustein Tierhalterhaftpflicht € 10.000.000 Versicherungssumme auch für gewerbliche Tätigkeit	Zuschlag: € 24 für Hund 1 Zuschlag: € 24 für Hund 2 Zuschlag: € 24 für Hund 3 Zuschlag: € 24 für Hund 4
Zahlungsweise	1/1 (Jährlich – keine andere Zahlungsweise möglich)		
Beginn	Per sofort	Ende	01. Januar nach Ablauf des ersten vollen Jahres (Der Vertrag verlängert sich automatisch ab dem 01. Januar um ein weiteres Jahr, sofern er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.)
	Ab: TT.MM.JJJJ		

SEPA Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung) Gläubiger-Identifikations-Nr. DE42ZZZ00002181810

Ich ermächtige die Gesellschaft, Zahlungen von meinem Konto einzuziehen und weise mein Kreditinstitut an, die Lastschriften einzulösen.

IBAN

Kreditinstitut

Name und Adresse, falls abweichender Kontoinhaber

Bitte Zutreffendes ausfüllen

Vorversicherer

Versicherungsnummer

Vorschäden Ja Keine

Schadensarten

Höhe der Schäden (ggf. Zusatzblatt verwenden)

Ich als Antragsteller bestätige, dass ensure als Versicherungsmakler beauftragt wird, in meinem Auftrag den Versicherungsschutz zu besorgen und auch nur für den oben genannten Versicherungsschutz ein Maklermandat erhält sowie eine Freigabe erfolgt, dass ensure zukünftig die Verträge zu einem anderen Risikoträger umdecken kann. Ich willige ein, dass ensure oder von ihr beauftragte Dritte mit mir und Personen, die zu meinem Haushalt gehören, per Telefon, Telefax oder Email Kontakt aufnimmt und hierbei sowohl Informationen zu bestehenden Versicherungsverträgen als auch zu neuen Angeboten und Vertragsvorschlägen erteilt.

Datenschutteinwilligung: Ich willige hiermit ein, dass meine personenbezogenen Daten, die ich im Rahmen von Datenaufnahmen, Vertragsabschlüssen oder der Betreuung meiner Verträge gegenüber ensure offenbart, bei dieser in einer Datensammlung, insbesondere auch elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Ich willige zudem ein, dass die Gesellschaften, mit denen ich durch Vermittlung von ensure Vertragsbeziehungen begründe, sämtliche Daten zum Verlauf und zur Entwicklung dieser Verträge an ensure sowie etwaige Rechtsnachfolger übermittelt und diese bei ensure gespeichert und verarbeitet werden. Die Speicherung und Verarbeitung soll der Erstellung von Angeboten zum Abschluss von Versicherungsverträgen sowie deren anschließender Betreuung dienen. In diesem Zusammenhang willige ich ferner ein, dass meine Daten an nachstehende Dritte elektronisch, fernschriftlich und/ oder postalisch übermittelt und von diesen gegebenenfalls gespeichert, bzw. weiterverarbeitet werden dürfen: Mit ensure verbundene Handelsvertreter, Spezialmakler, Maklerpools und Abwicklungsplattformen wie beispielhaft die GVO Versicherung oder andere Versicherungsunternehmen und deren Bevollmächtigte, Bonitätsauskunfteien, Schufa, Creditreform, Infoscure, sowie Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer. Diese Einwilligung erfolgt jederzeit widerruflich durch Hinweis an die o.g. Kontaktdaten!

Antragstellung

Ich bin mit dem Angebot einverstanden, akzeptiere die Hinweise zu Kontaktaufnahme und Datenschutz und beantrage den Versicherungsschutz.

Ort, Datum und Unterschrift



Leistungsübersicht