

Antrag auf Dienstreisekasko für Physiotherapeuten

Vorname / Nachname	Telefon
Firmenname	E-Mail
Straße, Nr.	Berufsverband
PLZ, Ort	Mitgliedsnummer
Vermittler-Nr. Mando-Assekuranz: 732532.003	

Versicherungsbeginn

Gewünschter Versicherungsbeginn:

(Die Versicherungslaufzeit beträgt ein Jahr)

Versicherungsumfang und Beiträge

Hiermit beantrage ich eine Dienstreisekaskoversicherung

(Vollkaskoversicherung inkl. GAP und 500 €SB – Teilkasko mit 150 €SB) für:

Anzahl Mitarbeiter	Beiträge (netto)	Hinweis
<input type="checkbox"/> 1 – 5	224,40 €	Jahresbeiträge exklusive 19 % Versicherungsteuer
<input type="checkbox"/> 6 – 10	366,30 €	
<input type="checkbox"/> 11 – 15	559,90 €	
<input type="checkbox"/> 16 – 20	732,60 €	
<input type="checkbox"/> ab 21	Auf Anfrage	

Bitte geben Sie die Anzahl aller angestellten Mitarbeiter an – nicht nur die Anzahl der Therapeuten!

Zahlungsweise

Überweisung

SEPA-Lastschrift:

IBAN

BIC

Wichtiger Hinweis:

Dieser Fragebogen dient der Ermittlung tätigkeitsbezogener Daten zur Erstellung eines Angebotes und wird Grundlage des Vertrages. Unwahre oder unvollständige Angaben können den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag berechtigen, unter Umständen sogar zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung, die den Versicherungsschutz rückwirkend (von Anfang an) entfallen lässt. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Antragsprüfung eine Anfrage beim Vorversicherer bezüglich des Vorschadenverlaufs und der allgemeinen Risikodaten (Versicherungssummen, Versicherungsorte) vornehmen darf. Der Versicherer wird dabei alle rechtlichen Vorschriften hinsichtlich seines Auskunftersuchens beachten.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers