

FD	Agt.-Nr.	VD	Vermittler	Verbund-Vermittler-Nr.	Versicherungsschein-Nr.
----	----------	----	------------	------------------------	-------------------------

Versicherungsnehmer (VN) Herr Frau Firma Neuantrag Veränderungsantrag AL-Kunde

Titel, Vorname, Name
 Straße, Nr.
 PLZ, Ort
 Telefon tagsüber Mobil
 Fax/E-Mail Postfach PLZ zu Postfach
 Geburtsdatum verheiratet ja nein Staatsangehörigkeit deutsch oder

Versicherungsbeginn 0:00 Uhr Tag, Monat, Jahr
Dauer 1 Jahr 3 Jahre **Nachlass** - 5%
Dauer 5 Jahre **Nachlass** 10%
Versicherungsablauf 0:00 Uhr Tag, Monat, Jahr
 Die Verträge verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Zahlungsweise: 1/1-jährlich 1/2-jährlich (3% Zuschlag) 1/4-jährlich (5% Zuschlag) 1/12-jährlich (7% Zuschlag)

Private Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag

Versicherte Personen	Nr.	Vorname (ggf. Nachname)	Geb.-Datum	Beruf	Gefahrengruppe	Versicherungsschutz	Servicepaket Hilfe u. Pflege	Jahresprämie in EUR
	1					<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	2					<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	3					<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	4					<input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anschrift der zu versichernden Person(en) identisch mit Anschrift VN ja nein

Leistungsarten	Nr.	Summe ¹	Invalidität				Verbesserte Übergangsleistung	Tagegeld in EUR	UKT mit GG ⁵	Tod	KosOp ⁶
			FTI ²	Progressive Staffel in %							
Vers.-Summen			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ab . Tag			
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ab . Tag			
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ab . Tag			
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ab . Tag			
			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ab . Tag			

¹ in Tsd. EUR
² Doppelte Leistung bei Freizeitunfällen
³ OptionAL²¹ = Leistungsanspruch erst über 20% Inv.-Grad mit Progr. Staffel 500%
⁴ OptionAL⁵⁰ = Leistungsanspruch erst ab 50% Inv.-Grad, dann volle Vers.-Summe
⁵ Genesungsgeld
⁶ Kosmetische Operationen

Welche der zu versichernden Personen leiden oder litten in den letzten 5 Jahren an schweren Erkrankungen bzw. dauerhaften Gesundheitsstörungen des Herzens oder Blutes, des Gehirns, zentralen Nervensystems oder der Psyche, der inneren Organe, der Knochen, Muskeln oder Gelenke, des Stoffwechsels oder der Sinnesorgane?
 Schwere Erkrankungen bzw. dauerhafte Gesundheitsstörungen sind insbesondere solche, die zu Krankenhausaufenthalten und chronischen Leiden geführt haben, regelmäßige Behandlung mit Medikamenten oder Hilfsmittel wie z. B. Gehhilfen, Rollstuhl, Hörgeräte oder Sehhilfen ab 8 Dioptrien erfordern.

Liegen Geburtsanomalien, schwere angeborene oder genetisch bedingte Gesundheitsstörungen vor?

Anderweitige Versicherungen

Bestehen/bestanden Unfallversicherungen für den Antragsteller oder die mitversicherten Personen? ja nein

Versicherer VS-Nr. Versicherungssummen Ablauf

Wurden Unfallversicherungen vom Versicherer gekündigt oder wurden Anträge abgelehnt? ja nein

Gesellschaft, warum, VS-Nr.

Wurden Anträge auf Unfallversicherungen bei anderen Gesellschaften gestellt, die bisher weder angenommen noch abgelehnt wurden? ja nein

Bei wem, mit welchen Summen?

Vorschäden

Hat eine der zu versichernden Personen Unfälle erlitten? ja nein

Wenn ja, Name, wann/welche Folgen/Invaliditätsgrad

Einzugsermächtigung

Die ALTE LEIPZIGER Versicherung AG ist bis auf jederzeit möglichen Widerruf berechtigt, nach Zustandekommen des Versicherungsvertrages die Prämie bei Fälligkeit von folgendem Konto abzubuchen:

Konto-Nr. (kein Sparkonto):	Bank-leitzahl:	Name und Ort des Geldinstituts:
Ort/Datum	Antragsteller	zu versichernde Person
		Vermittler