

Kundenempfehlung PRAXISAUSFALLVERSICHERUNG

Entsprechend dem modifizierten VVG (Versicherungsvertragsgesetz) finden Sie nachfolgend eine Zusammenfassung unserer Kundenempfehlung für die

PRAXISAUSFALLVERSICHERUNG

der AXA Versicherung AG

Wir empfehlen Ihnen den Abschluss einer Praxisausfallversicherung, weil

- ➔ weil sie Berufsbetreuer/innen zusätzlichen Schutz bietet wenn sie durch Krankheit oder Unfall über einen längeren Zeitraum nicht arbeiten können.

Wir empfehlen die Praxisausfallversicherung der AXA Versicherung AG

- ➔ weil es die einzige Versicherung dieser Art ist, die Berufsbetreuer/innen in Deutschland abschließen können.

Wir empfehlen die AXA VERSICHERUNG AG

- ➔ Mit Beitragseinnahmen von 9,8 Milliarden Euro (2006), mehr als acht Millionen Kunden und rund 12.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zählt AXA zu den größten Versicherungs- und Finanzdienstleistungsgruppen in Deutschland.

Auf Seite 6 dieser Beratungsdokumentation finden Sie ein Unterschriftenblatt, das durch das neue VVG zwingend vorgeschrieben ist. Bitte senden Sie dieses Unterschriftenblatt für eine zügige Bearbeitung zusammen mit Ihrem Versicherungsantrag und dem Summenermittlungsbogen an GL.

Bestandteil dieser Beratungsdokumentation sind die ungekürzten Versicherungsbedingungen unserer oben genannten Empfehlungen. Wir senden Ihnen diese per Fax oder eMail zu.

Beratungsdokumentation PRAXISAUSFALLVERSICHERUNG

Wer trägt die Kosten Ihres Betriebes, wenn Sie nicht arbeiten können?

Die Praxisausfallversicherung bedeutet für Sie als Selbständige(r) zusätzlichen Schutz, wenn Sie selbst durch Krankheit oder Unfall über einen längeren Zeitraum nicht arbeiten können.

Wenn Sie ausfallen laufen die Kosten Ihres Büros weiter. Die Miete wird weiter abgebucht, genauso wie die Kosten für das Telefon, Heizung und Strom. Möglicherweise haben Sie Mitarbeiter, die natürlich auch Ihr Gehalt bekommen möchten wenn Sie krank sind. Auch die Leasingraten für Ihre Bürotechnik oder Ihr Auto, nicht zu vergessen etwaige Finanzierungsraten und -zinsen, müssen trotz des fehlenden Einkommens weiter beglichen werden.

Mit einer Praxisausfallversicherung verlagern Sie dieses Risiko auf einen Versicherer. Dieser übernimmt nach einer gewissen Andauer (20, bzw. 30 Tage) der Krankheit Ihre Kosten durch die Zahlung eines vorher festgelegten Tagessatzes. Der Beitrag steht fest – unabhängig von Ihrem Geschlecht und unabhängig von Ihrem Alter (bis zum Höchsteintrittsalter von 55 Jahren).

Einzigartiges Versicherungskonzept für Berufsbetreuer/innen

Bisher gab es für Ihren Berufsstand keine Möglichkeit dieses Risiko abzuschließen. Die Praxisausfallversicherung die wir zusammen mit der AXA Versicherung entwickelt haben, ist die erste und bis jetzt einzige Versicherung dieser Art für Berufsbetreuer/innen in Deutschland und kann nur bei GL abgeschlossen werden.

Die Höhe der Versicherungssumme legen Sie fest

Bei Abschluss der Versicherung legen Sie als Versicherungsnehmer eine Versicherungssumme fest. Eine Praxisausfallversicherung kann schon mit einer relativ niedrigen Versicherungssumme von 15.000 EUR abgeschlossen werden. Sind Ihre jährlichen Fixkosten aber deutlich höher, können Sie die Versicherungssumme individuell anpassen. Sie richtet sich nach den fortlaufenden Betriebskosten des Vorjahres und kann selbstverständlich Jahr für Jahr neu festgelegt werden - damit Sie immer einen aktuell angemessenen Schutz genießen.

Wahl der Karenzzeit

Die Karenzzeit ist die Spanne, die zwischen dem Ausfall des Versicherten und dem Leistungsbeginn der Versicherung liegt. Sie können sich - ganz nach Ihrem persönlichen Ermessen - zwischen einer kürzeren (20 Tage) und längeren Karenzzeit (30 Tage) entscheiden, wobei ein längerer Zeitraum natürlich den Vorteil eines geringeren Beitrages mit sich bringt.

Einfache Schadenregulierung

Entschädigt werden die nachgewiesenen Kosten die Sie aufgrund der Betriebsunterbrechung nicht erwirtschaften konnten. Die Höchstentschädigung beträgt 1/250 der vereinbarten Versicherungssumme pro Werktag (außer Samstag) der Unterbrechung (ohne Karenzzeit).

Zusätzliche Absicherung

Für die Zahlung Ihres Gehalts ist die Praxisausfallversicherung keine Versorgung. Möglicherweise haben Sie aus diesem Grund bereits eine Krankentagegeld-Versicherung abgeschlossen die das Nettoeinkommen abdeckt.

Die nachfolgende Aufstellung hilft Ihnen zu beurteilen, welche Versorgungsart für Sie die Richtige ist, welche Sie benötigen oder welche Ihnen Vorteile bringt. Dazu ist es wichtig zu wissen, wann und wie lange die unterschiedlichen Versorgungen leisten.

Absicherung (welche?)	Leistungsgrund (wann?)	Leistungsdauer (wie lange?)	Geldfluß (wohin?)
Krankentagegeld	Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit	bis zur Genesung	zum VN zum Verdienstaustausfall
Unfalltage(haus)geld	Aufenthalt im Krankenhaus nach Unfall	Entlassung aus dem Krankenhaus	zum VN zum Verdienstaustausfall
Berufsunfähigkeitsrente (BU)	Feststellung der Berufsunfähigkeit	Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit	zum VN zum Verdienstaustausfall
Praxis-Ausfallversicherung	Krankheit des Inhabers	Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit	zum VN zur Deckung anfallender Betriebskosten

Beispiel Versicherungssummen und Prämien *Praxisausfallversicherung*

Versicherungssummen	15.000, 20.000, 25.000 EUR (Erhöhung in 5.000er Schritten) Errechnet sich nach den laufenden Betriebskosten des Vorjahres. Die Versicherungssumme darf die jährlichen Fixkosten, aufgerundet auf 5.000 EUR, nicht übersteigen.
Karenzzeit	20 oder 30 Tage (Werktage außer Samstagen)
Eintrittsalter	Die unten aufgeführten Prämien gelten bei einem Eintrittsalter von maximal 50 Jahren. Bei einem höheren Eintrittsalter wird ein Aufschlag von 5 Prozent pro Lebensjahr über 50 erhoben. Höchstalter 55 Jahre.
Leistungen	Bei Ausfall der versicherten Person aufgrund von Krankheit oder Unfall ersetzt der Versicherer den Unterbrechungsschaden bis zur Höhe des vereinbarten Tagessatzes (1/250 der Versicherungssumme pro Werktag)
Besonderheit	Schadenfreiheitsvorausabatt in Höhe von 15 Prozent im Beitrag enthalten. Dieser entfällt bei Eintritt eines Leistungsfalles.

Prämien mit Sondertarif für BdB-Mitglieder

Tagessatz	Versicherungssumme	20 Karenztage	30 Karenztage
60 EUR	15.000 EUR	205,58 EUR	123,20 EUR
80 EUR	20.000 EUR	274,12 EUR	164,20 EUR
100 EUR	25.000 EUR	342,65 EUR	205,33 EUR

* Jahresbeiträge inkl. Versicherungssteuer.

Wenn Sie Fragen zur Praxisausfallversicherung haben rufen Sie uns an oder senden Sie uns eine Email. Telefonisch erreichen Sie uns unter: (040) 85 40 28-50.

Wichtiger Hinweis:

Die neue Vermittlerrichtlinie und das ab 1. Januar 2008 gültige reformierte Versicherungsvertrags-gesetz (VVG) verpflichten uns, Ihnen bestimmte Informationen zur Kenntnis zu bringen. Bitte senden Sie uns das Unterschriftenblatt zusammen mit dem Antragsformular und dem Summenermittlungsbogen zurück.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die vorgeschriebenen Informationen in klarer und verständlicher Weise erhalten zu haben.

KUNDENINFORMATION

Nach der Verordnung über die Versicherungsvermittlung und Beratung (VersVermV) zwingend vorgeschrieben.

Im Rahmen des ersten Kontaktes und vor Abschluss des gewünschten Versicherungsschutzes erhalten Sie gemäß § 11 VersVermV nachfolgende Informationen.

1. Vermittler: GL Götz Lebuhn Versicherungsmakler GmbH, Kuhredder 32, 22397 Hamburg;
2. Die GL Götz Lebuhn Versicherungsmakler GmbH verfügt über eine Gewerbeerlaubnis nach § 34d Abs.1 GewO als Versicherungsmaklerin und ist unter der Registernummer **D-566A-KSCD4-03** in das Vermittlerregister nach § 11a GewO eingetragen. Er ist als Vermittler Ansprechpartner in den vereinbarten Versicherungsangelegenheiten und persönlich verantwortlich für seine Beratung nach §§ 60, 61 und 63 VVG.

Sollten Sie mit der Beratung durch Ihren Vermittler im Einzelfall nicht zufrieden sein, so können Sie sich jederzeit an die GL Götz Lebuhn Versicherungsmakler GmbH als Ihren Vertragspartner wenden.

3. Es bestehen keine direkten oder indirekten Beteiligungen von über 10 % an oder von Versicherern oder deren Muttergesellschaften;
4. Sofern Sie die Eintragungen im Vermittlerregister überprüfen möchten, so können Sie dies über die Internetseite www.vermittlerregister.info

oder unter

Telefon: 01805 00 58 50

(14 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz, höchstens 0,42 EUR/Min. aus Mobilfunknetzen)

oder bei der

DIHK e.V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, Telefon: 030/20308-0, Internet: www.dihk.de
als registerführende gemeinsame Stelle nach § 11a GewO jederzeit veranlassen.

5. Sofern Sie mit den Dienstleistungen einmal nicht zufrieden sein sollten, können Sie folgende Stellen als außergerichtliche Schlichtungsstellen anrufen:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080 632

10006 Berlin

www.versicherungsombudsmann.de

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22

10052 Berlin

www.pkv-ombudsmann.de

6. Belehrung: Bei Streitigkeiten aus der Tätigkeit der Vermittlung eines Versicherungsvertrages kann der Kunde das Beschwerde- und Streitschlichtungsverfahren gegenüber dem Versicherungsmakler bei einem Ombudsmann gemäß der Verfahrensordnung einleiten. Hiermit wurden Sie über Ihre gesetzlichen Rechte belehrt.

Mit der Unterschrift auf dem Unterschriftenblatt bestätigen Sie, die Kundeninformationen in klarer und verständlicher Weise erhalten zu haben.

Versicherungsbedingungen

Laut VVG (Versicherungsvertragsgesetz) müssen Ihnen die Versicherungsbedingungen der angebotenen Versicherungen übermittelt werden. Die folgenden Bedingungen sind Bestandteil unseres Angebotes und werden Ihnen per E-Mail oder Fax zugesandt. Sie können auch von unserer Internetseite www.gl-versicherungsmakler.de (Bereich Berufsbetreuer/innen) heruntergeladen werden.

Versicherungsbedingungen für die Praxisausfallversicherung

→ 44. Vertragsbedingungen Praxis-Ausfallversicherung 01.08_AXA

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit

Ihre personenbezogenen Daten benötigen wir insbesondere zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht, zu Ihrer Beratung und Information sowie allgemein zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung. Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen vorliegt. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z. B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG). Die Anwendung dieser Vorschriften erfordert in der Praxis oft eine umfangreiche und zeitintensive Einzelfallprüfung. Auf diese kann bei Vorliegen dieser Einwilligungserklärung verzichtet werden. Zudem ermöglicht diese Einwilligungserklärung eine Datenverwendung auch in den Fällen, die nicht von den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes erfasst werden.

Die Einwilligung ist ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirkt unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Dies lässt aber die gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse unberührt. Sollte die Einwilligung ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt.

UNTERSCHRIFTENBLATT

Nach dem neuen VVG (Versicherungsvertragsgesetz, gültig ab 1. Januar 2008, zwingend vorgeschrieben).

Kundenempfehlung	Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die Kundenempfehlungen auf der Seite 1 erhalten, gelesen und verstanden habe.
	Unterschrift
Einzugsermächtigung	Durch meine Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Beiträge von meinem Bankkonto (Bankverbindung siehe Seite 4) abgebucht werden; gilt auch für Vertragsänderungen.
	Unterschrift
Antrag	Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die Beratungsdokumentation für die beantragte Versicherung erhalten, gelesen und verstanden habe. Ich beantrage folgende Versicherungen (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Praxisausfallversicherung der AXA Versicherung AG
	Unterschrift
Vertragspflege	Zur Sicherstellung einer lückenlosen Betreuung besonders auch bei Schäden, bei Tod, Krankheit oder Geschäftsaufgabe des Versicherungsmaklers, erkläre ich mich einverstanden, dass die GL Versicherungsmakler GmbH meine von GL betreuten Verträge auf einen Rechtsanwalt, Makler oder Assekuradeur übertragen kann.
	Unterschrift
Kundeninformation	Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die Kundeninformationen auf Seite 4 erhalten, gelesen und verstanden habe und über meine gesetzlichen Rechte belehrt wurde.
	Unterschrift
Versicherungsbedingungen	Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die auf Seite 6 genannten Versicherungsbedingungen für die beantragte(n) Versicherung(en) erhalten, gelesen und verstanden habe (bitte ankreuzen). <input type="checkbox"/> 44. Vertragsbedingungen Praxis-Ausfallversicherung 01.08_AXA
	Unterschrift
Widerrufsbelehrung	Ich kann meine Vertragserklärung bis zum Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie der weiteren gesetzlich vorgeschriebenen Informationen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. per Fax oder eMail) widerrufen. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: AXA Versicherung AG, Dovesstraße 2-4, 10587 Berlin oder an GL Versicherungsmakler GmbH, Kuhredder 32, 22397 Hamburg.
	Unterschrift
Datenschutz	Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Seite 6 erhalten, gelesen und verstanden.
	Unterschrift
Ort, Datum	Unterschrift



Deckungsauftrag zur Praxis-Ausfallversicherung

**Personendaten
der zu versichernden
Person**

Herr Frau Beruf: _____ Geburtsdatum ____/____/____

Zuname, Vorname, Titel _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Name und Anschrift des Büros/ der Praxis _____

Vertragsdaten

Vertragsbeginn: ____/____/____ (Vertragsdauer ein Jahr) Ablauf: ____/____/____

Zahlweise

jährlich ½ jährlich (3% Ratenzuschlag) ¼ jährlich (5% Ratenzuschlag) monatlich (5% Ratenzuschlag)

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Die Vertragsdauer endet spätestens mit der Hauptfälligkeit, die auf den 60. Geburtstag der versicherten Person folgt.

Versicherungsgegenstand:

Praxis-Ausfallversicherung: Der Versicherer ersetzt den bedingungsgemäßen Unterbrechungsschaden der dadurch entsteht, daß die versicherte Person Ihrer Tätigkeit in der Praxis/ dem Betrieb nicht nachgehen kann. Ersatzpflichtig sind aber nur Schäden, die aufgrund folgender Schadenereignisse eintreten: a) Krankheit, Unfall oder b) Quarantäne der versicherten Person c) durch Beschädigung oder Zerstörung einer dem Betrieb der Praxis / des Betriebes dienender Sache durch Brand, Blitzschlag, Explosion, Sturm, Hagel, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl/ Raub oder Vandalismus. (c = Sachrisiken, diese können ausgeschlossen werden)

Vertreterkosten-Versicherung im Rahmen der Praxis-Ausfallversicherung: Der Versicherer ersetzt den bedingungsgemäßen Unterbrechungsschaden (die nachgewiesenen Vertreterkosten) der dadurch entsteht, daß die versicherte Person Ihrer Tätigkeit in der Praxis/ dem Betrieb nicht nachgehen kann. Ersatzpflichtig sind aber nur Schäden, die aufgrund folgender Schadenereignisse eintreten: a) Krankheit, Unfall oder b) Quarantäne der versicherten Person.

Versicherungsart:

Praxis-Ausfallversicherung Vertreterkosten-Versicherung
 mit Sachrisiken ohne Sachrisiken

**Versicherungssummen/
Beitrag**

Versicherungssumme (VSSU) = Tagessatz x 250 bzw. Summe lt. Bogen. Die Grundbeiträge gelten bis zu einem Eintrittsalter von 50 Jahren.

_____ Euro VSSU

_____ Euro VSSU Gewinn (sofern gewünscht, Höchstversicherungssumme beachten)

_____ Euro Gesamt-VSSU x _____ % o (Beitragssatz) = _____ (netto)

_____ Anzahl der Karenztage (Werkzeuge außer Samstage)

Zuwählbare Module (gelten nicht für die Vertreterkosten-Versicherung) :

Nachhaftung bei Tod / Berufsunfähigkeit			Verkürzung der Karenz bei Unfällen		
<input type="checkbox"/>	30 Werkzeuge	= 5 % Zuschlag	<input type="checkbox"/>	0 Tage Karenz	= 25 % Zuschlag
<input type="checkbox"/>	60 Werkzeuge	= 10 % Zuschlag	<input type="checkbox"/>	5 Tage Karenz	= 15 % Zuschlag
<input type="checkbox"/>	125 Werkzeuge	= 20 % Zuschlag			

Zuwählbare Module (gelten auch für die Vertreterkosten-Versicherung) :

Verlängerung des Endalters			Verlängerung / Verkürzung der Leistungsdauer		
<input type="checkbox"/>	63 Jahre	= 5 % Zuschlag	<input type="checkbox"/>	18 Monate	= 30 % Zuschlag
<input type="checkbox"/>	68 Jahre	= 15 % Zuschlag	<input type="checkbox"/>	24 Monate	= 50 % Zuschlag
			<input type="checkbox"/>	9 Monate	= 15 % Abschlag
			<input type="checkbox"/>	6 Monate	= 30 % Abschlag

Prämienberechnung:

Jahresbeitrag: _____ Euro

+ Gesamtzuschläge (Zuschläge werden addiert) _____ Euro

- Gesamtabschlag _____ Euro

Jahresnettobeitrag: _____ Euro

Bruttobeitrag (inkl. 16 % VSt.) gemäß Zahlweise _____ Euro



Angaben über Versicherungen oder bestehende oder beantragte Versicherungen

Besteht, ist beantragt oder wurde in den letzten 3 Jahren beendet:
Eine Krankentagegeld-, Krankenhaustagegeld-, Betriebsunterbrechungs- oder Praxis-Ausfallversicherung?

- nein
- ja

Versicherungsart	Gesellschaft	Versicherungs-Nr.	Dauer von ...bis ...	Tagegeld (Euro)
------------------	--------------	-------------------	----------------------	-------------------

Wurden in den letzten 3 Jahren Anträge zu diesen Versicherungen oder zu Lebens-, Kranken- und Unfallversicherungen mit Besonderen Bedingungen (z.B. Leistungsausschluß, Risikozuschlag) angenommen, oder wurden Anträge abgelehnt oder zurückgestellt?

- nein
- ja Grund, Gesellschaft: _____

Vorschäden	Gesellschaft	Versicherungs-Nr.	gekündigt von wem?	Schadenjahr	Schadenanzahl *	Schadenhöhe
------------	--------------	-------------------	--------------------	-------------	-----------------	-------------

(*) Schadenanzahl gesamt, auch wenn bisher unversichert.

Besondere Vereinbarungen

- nein
- ja, und zwar: _____

Widerrufliche Einzugsermächtigung

Die Beiträge sollen abgebucht werden; gilt auch für Vertragsänderungen. Ab _____ Konten wie bisher

Konto-Nr. _____ Bankleitzahl _____ Geldinstitut _____

Kontoinhaber Zuname, Vorname – nur ausfüllen, falls nicht Antragsteller Unterschrift, falls nicht Antragsteller

Wichtig für Antragsteller und Vermittler

Bitte beantworten Sie die Fragen im Deckungsauftrag vollständig und richtig. Sonst ist der Versicherungsschutz gefährdet. **Die beiliegenden Verbraucherinformationen und der Gesundheitsfragebogen sind wichtige Bestandteile des Antrages.** Mit der abgedruckten Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz bin ich einverstanden. Ich kann dem Versicherungsvertrag ab Stellung des Antrages bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang des Versicherungsscheines, der Versicherungsbedingungen und der übrigen Verbraucherinformationen widersprechen.

Unterschriften

Ort, Datum

Vermittler

Antragsteller

Vermittler- / Agt-Nr: ____/ ____/ ____/ _____

(oder Stempel mit allen Angaben)



Angaben zum Gesundheitszustand

Achtung: Bitte beantworten Sie alle folgenden Fragen sehr sorgfältig, da bei fehlerhafter bzw. unvollständiger Beantwortung oder Bagatellisierung der Versicherungsschutz nicht (mehr) gewährleistet ist. Zur Einschätzung des zu versichernden Risikos benötigt der Versicherer unbedingt detaillierte Auskünfte – beachten Sie deshalb: Es ist auch anzugeben, was ausgeheilt, vielleicht subjektiv als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn keine Behandlung stattfand, nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt oder nur Arzneimittel eingenommen wurden bzw. keine Arbeitsunfähigkeit deshalb bestand.

Hinweis: Der Vermittler berät Sie in Versicherungsfragen. Er ist medizinischer Laie. Er kann deshalb keine medizinische Wertung Ihrer Antworten auf die Gesundheitsfragen vornehmen. Beantworten Sie alle Fragen daher bitte vollständig nach Ihrem eigenen Wissen für den angegebenen Zeitraum.

Größe cm _____ Gewicht kg _____

Blutdruck (sofern bekannt) systolisch _____ diastolisch _____

1. Bestehen zur Zeit Beschwerden, Krankheiten, Unfallfolgen, körperliche oder geistige Beeinträchtigungen? (ja) (nein)

2. Fanden in den letzten 5 Jahren stationäre Behandlungen in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer anderen Krankenanstalt statt? (ja) (nein)

3. Fanden in den letzten 3 Jahren ambulante Behandlungen oder Untersuchungen durch Ärzte, Heilpraktiker, Psychologen, Masseur usw. statt? Waren Sie – auch zeitweise – arbeitsunfähig? (ja) (nein)

4. Wurden in den letzten 6 Monaten Arzneimittel verordnet? Apotheken- oder verschreibungspflichtig. (ja) (nein)

5. Wurde in den letzten 3 Jahren eine ambulante/stationäre Untersuchung oder Behandlung angeraten? (ja) (nein)

6. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)? (ja) (nein)

7. Wurden jemals nicht behebbare körperliche Fehler, Mißbildungen oder chronische Erkrankungen festgestellt (z.B. Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Morbus Bechterew, Amputationen, fehlendes Organ, Diabetis, Wirbelsäulen- und Bandscheibenbeschwerden)?

(ja) (nein) _____

8. Werden Hilfsmittel (Sehhilfen, Hörgeräte, Prothesen u.ä.) verwendet? Bitte geben Sie gegebenenfalls die Dioptrienzahl links und rechts an.

Benötigte Hilfsmittel: _____ (ja) (nein)

Dioptr. Links _____ Dioptr. Rechts _____

9. Bezogen, beziehen oder beantragten Sie Rente aus gesundheitlichen Gründen? (ja) (nein)

10. Besteht eine Schwerbehinderung? (ja) (nein)

11. Betreiben Sie unfallträchtige Sportarten (Extremsportarten) wie z.B. Drachen- oder Gleitschirmfliegen, Auto- oder Motorradrennen, Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad 4, Wildwasserfahrten über WW3, Kampfsportarten u.ä.? (ja) (nein) welche?

12. Besteht derzeit eine Schwangerschaft? (ja) (nein)



Erläuterungen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen

Wichtig ist eine möglichst genaue Beschreibung der Einzelheiten, wobei es nicht auf die Nennung der lateinischen Diagnose ankommt. Alle Angaben, die hier fehlen, können Konsequenzen für den Versicherungsschutz haben. Einzelheiten zu den bejahten Fragen, insbesondere Art der Krankheiten (Diagnosen) einschließlich Operationen, Beschwerden oder Verletzungen sowie Virusinfektionen; Art und Ergebnis der Untersuchungen (Befunde); Art, Dauer und Häufigkeit der Behandlungen (Therapien); Medikamente (Name, Dosis, Zeitraum); Kuren; alle Arten von körperlichen oder sonstigen Fehlern; bei Bluthochdruck Angabe der Blutdruckwerte; Alkoholmenge pro Tag, Drogenmenge. Geben Sie bitte immer Inhalt und Umfang eventueller Folgen oder weiterer Behandlungsbedürftigkeit/en an! Reicht der Platz nicht aus, sind erforderliche Ergänzungen auf einem gesonderten, vom Versicherungsnehmer bzw. der zu versicherten Person unterschriebenen Blatt beizufügen.

Zu Frage	Genau Krankheitsbezeichnung Diagnose / Art der Erkrankung	Behandelt Von / bis	Arbeitsunfähig von/bis	Ambulant und/ oder Stationär A / S	Wie oft ist die Erkrankung aufgetreten?	Durchgeführte Behandlungen Therapien	Bestehen Folgen ? Wenn ja welche ?

Welcher Arzt kann Auskunft geben?

Zu Frage:	Name und genaue Anschrift des/der Arztes/ Ärzte:

Ich ermächtige den Versicherer und dessen Dienstleistungsgesellschaften zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich zur Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluß zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten drei Jahre (bei verschwiegenen HIV-Infektionen die nächsten zehn Jahre) nach der Antragsannahme. Der Versicherer und dessen Dienstleistungsgesellschaften dürfen auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt haben, befragen. Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf der Versicherer die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden - mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern - auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen. **Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, daß der Vertrag bei vorsätzlich unzutreffenden oder unvollständigen Angaben nichtig ist und der Versicherer bei fahrlässig unzutreffenden oder unvollständigen Angaben die Wirksamkeit des Vertrages von besonderen Bedingungen abhängig machen oder den Vertrag kündigen kann.** **Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen, Beratungen oder Untersuchungen der zu versichernden Person, die bis zur Annahme des Antrages eintreten, umgehend schriftlich anzuzeigen.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler



Summenermittlungsbogen für das Geschäftsjahr _____

Dieser Fragebogen ist wesentlicher Bestandteil des Antrages/Vertrages zur Praxisausfall-Versicherung

Mit dieser Versicherung soll der Betrieb mit seinen fortlaufenden Kosten so gestellt werden, als sei der Versicherungsnehmer nicht durch Krankheit ausgefallen. Für die Dauer der bedingungsgemäßen Arbeitsunfähigkeit werden die in diesem Zeitraum tatsächlich anfallenden fortlaufenden Kosten anteilig erstattet, unabhängig davon, ob diese bereits vom Versicherungsnehmer gezahlt wurden.

		EUR
Personalkosten	- Löhne Gehälter	_____
	- Beiträge zur Berufsgenossenschaft	_____
	- Freiwillige soziale Aufwendungen	_____
	- Aufwendungen für Altersversorgung/Unterstützung	_____
	- Vermögenswirksame Leistungen	_____
	- Fahrtkostenerstattung - Wohnung/Arbeitsstätte	_____
	- Aushilfslöhne	_____
	- Lohnsteuer für Aushilfen	_____
Praxis-/Kanzlei-/Bürokosten soweit zur Betriebserhaltung notwendig	- Miete/Pacht oder ortsüblicher Mietwert, einschließlich Garage	_____
	- Energiekosten, wie z.B. Gas, Strom, Wasser	_____
	- Reinigung und Instandhaltung betrieblicher Räume	_____
	- Porto, Telefon, Telefax etc.	_____
	- Zeitschriften, Bücher	_____
	- Buchführungskosten	_____
	- Versicherungsbeiträge	_____
	z.B. Beiträge zu F, ED, LW, ST, BU, Glas, H, TV, K-Vers.	_____
	- Werbe- und Reisekosten	_____
	- Reparaturen und Instandhaltung von technischen Anlagen	_____
Steuern	- Kfz-Steuer für Betriebsfahrzeuge	_____
	- Nicht anrechenbare Vorsteuer	_____
Abschreibungen auf Sachanlagen	- Praxis-/Kanzlei-/Büroeinrichtung	_____
	- technische Geräte	_____
	- Betriebsfahrzeuge	_____
Finanzierungskosten soweit betrieblich verursacht	- Praxis-/Kanzlei-/Büroeinrichtung und technische Geräte	_____
	- Betriebsfahrzeuge	_____
	- Fremdkapital-/Bankkreditzinsen und Leasingraten	_____
Sonstige fortlaufende Kosten ohne direkten Auftragsbezug, ohne variable Anteile	- Fixkostenanteile für Kurierdienste	_____
	- Fixkostenanteile für Laborgemeinschaften	_____
	- Forschungs- und Entwicklungskosten	_____
	- Sonstige, nicht aufgeführte Fixkosten:	_____
	_____	_____
	Fortlaufende Betriebskosten	_____
Sonstiges	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	Versicherungssumme*	_____

Versicherungssumme * Versicherungssumme bitte auf volle 5.000 Euro aufrunden.

Unterschriften	Ort / Datum	Antragsteller/ Versicherungsnehmer
----------------	-------------	------------------------------------



Verbraucherinformation

Vertragsgrundlagen

Dem Vertrag und den vorvertraglichen Beziehungen liegt deutsches Recht zugrunde. Die Vertragssprache ist deutsch.

Maßgebend sind der Antrag, der Versicherungsschein sowie je nach Vertrag die

- Besondere Bedingungen für die Praxis-Ausfallversicherung
- Besondere Bedingungen für die Vertreterkosten-Versicherung im Rahmen der Praxis-Ausfallversicherung

Ablauf

Die Versicherung gilt für den auf der Vorderseite eingetragenen Zeitraum abgeschlossen. Tag und Monat des Ablaufs müssen mit Tag und Monat des Beginns übereinstimmen. Die beantragte Vertragsdauer zuzüglich Beginnjahr ergibt das Ablaufjahr.

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Die Vertragsdauer endet spätestens mit der Hauptfälligkeit, die auf den 60. Geburtstag der versicherten Person folgt, falls nichts anderes vereinbart ist.

Vertragsschluß

Der Vertrag mit uns kommt zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag durch Übersendung des Versicherungsscheines annehmen und dieser Ihnen zugeht.

Widerspruch - / Widerrufsrecht

Sie können dem Versicherungsvertrag ab Antragstellung bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheines und der dazugehörigen Unterlagen schriftlich widersprechen bzw. Ihren Antrag widerrufen. Eine Erklärung in Textform, z. B. per Fax oder email mit Angabe Ihres Namens, genügt. Die Frist wird durch rechtzeitige Absendung des Widerspruchs/Widerrufs gewahrt. Weitere Hinweise zu Ihren Rechten entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein und den Ihnen damit übersandten Unterlagen.

Vertragsbeginn / Folgebeitrag

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung des Versicherungsscheines durch Zahlung des Erstbeitrages und der Versicherungssteuer, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt.

Wird der erste Beitrag erst nach diesem Zeitpunkt eingefordert, alsdann aber ohne Verzug gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem vereinbarten Zeitpunkt. Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung des Versicherungsscheines beginnen, bedarf es einer besonderen Zusage des Versicherers (vorläufige Deckungszusage).

Der Folgebeitrag ist zu Beginn jeder Versicherungsperiode - und bei unterjähriger Zahlweise zu Beginn des vereinbarten Beitragszahlungszeitraumes - zuzüglich Versicherungssteuer zu entrichten.

Ratenzahlung

Wünscht der Antragsteller die Entrichtung des Jahresbeitrages in Raten, so werden folgende Ratenzahlungszuschläge erhoben:

- bei halbjährlicher Zahlungsweise 3 %
- bei vierteljährlicher Zahlungsweise 5 %
- bei monatlicher Zahlungsweise 5 %

Versicherungssteuer

Die Versicherungssteuer beträgt zur Zeit 16%.

Gebühren / Kosten

Für Tätigkeiten die über die gewöhnliche Verwaltung Ihres Vertrages hinausgehen, stellen wir Gebühren in Rechnung, insbesondere Gebühren für Mahnungen (zur Zeit 5 Euro), für Lastschriftrückläufer (zur Zeit 5 Euro) und angemessene Geschäftsgebühren bei Rücktritt vom Vertrag wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages. Hierzu verweisen wir auf § 40 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den dem Vertrag zugrundeliegenden und im Versicherungsschein genannten edingungen.

Rücktritt vom Vertrag

Wenn Sie Ihren Erstbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, ist der Versicherer berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Einzelheiten hierzu sind den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen zu entnehmen.

Kündigung des Vertrages

Der Vertrag kann von beiden Seiten zum vereinbarten Ablauf und nach Eintritt eines Versicherungsfalles gekündigt werden.

Der Versicherer kann außerdem bei Zahlungsverzug mit einem Folgebeitrag kündigen. Einzelheiten hierzu - insbesondere zu den Kündigungsfristen - sind den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen zu entnehmen.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer – soweit hierzu ein Anlaß besteht – Angaben über meinen Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle, und über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, be-

raten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht – und zwar auch über meinen Tod hinaus – und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, daß der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlaßten Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen. Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

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

Ich willige ferner ein, daß die Unternehmen der AXA Konzern AG meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluß auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ferner ein, daß der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

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

Außergerichtliche Streitbeilegung / Versicherungsombuds-mann

Unser Ziel ist es, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Wenn uns das einmal nicht gelingt, informieren Sie uns (24-Stunden-Kundenservice 0180 3 - 55 66 22) ! Wir reagieren unverzüglich und suchen eine Lösung.

Sollten Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, als unabhängigen und neutralen Schlichter den Versicherungsombudsmann anzurufen:

„Versicherungsombudsmann e.V.“

Postfach 080632, 10006 Berlin,

Tel.: 0 180 4/22 44 24, Fax 0 180 4/22 44 25

eMail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 50.000 Euro möglich und für Sie kostenfrei.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

AXA Versicherung AG

Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln und Gereonstraße 43-65, 50670 Köln

Internet: www.AXA.de

Sitz der Gesellschaft Köln Handelsregister HR B Nr. 21298

Umsatzsteuer-Ident-Nr. DE 122786679

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Claas Kleyboldt

Vorstand: Dr. Claus-Michael Dill, Vorsitzender;

Dr. Wulf Böttger, Frank J. Heberger, Dr. Markus Hofmann, Norbert

Rohrig, Jutta Stöcker, Andreas M. Torner.

24-Stunden-Kundenservice 0180 3- 55 66 22