



Angebotsanforderung für eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung für verkammerte Berufe / Berufsausübungsgesellschaften

Ich / Wir wünsche(n) die Zusendung eines Angebots zum Abschluss eines Versicherungsvertrages. Dieses soll auf Grundlage meiner / unserer folgenden Angaben erstellt werden.

Interessent **Vermittlernummer:** _____

Name / Firmenbezeichnung: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____ Homepage: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsdatum: _____

Fachanwaltstitel: _____

E-Mail-Versand:

- Angebote und dazugehörige Vertragsunterlagen als pdf: Ja Nein
- Police, Vertragsunterlagen und Rechnung als pdf: Ja Nein
- Weitere Korrespondenz: Ja Nein

Versicherungsumfang / Versicherungssumme

Versichert werden soll die gesetzliche Haftpflicht für Vermögensschäden in der Eigenschaft als:

Einzelanwalt / Steuerberater / Patentanwalt

nicht haftungsbeschränkte Berufsausübungsgesellschaft

- | | |
|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GbR | <input type="checkbox"/> PartG |
| <input type="checkbox"/> Europäische Gesellschaftsform (EU, EWiR) | <input type="checkbox"/> OHG |

haftungsbeschränkte Berufsausübungsgesellschaft

- | | |
|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PartGmbH | <input type="checkbox"/> AG |
| <input type="checkbox"/> Europäische Gesellschaftsform (EU, EWiR) | <input type="checkbox"/> GmbH |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Gesellschaftsform: _____ | |

Gewünschte Versicherungssumme: _____ EUR

Beschäftigen Sie sich mit außereuropäischem Recht, sind Sie außereuropäisch tätig oder unterhalten Sie ein Büro / Niederlassung im Ausland?

Nein Ja, bitte näher erläutern: _____

ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl
Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase
Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807
St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte
USt-IdNr.: DE815288179

Bankverbindung:

Konto-Nr. 632005501
BLZ 200 400 00
Commerzbank Hamburg
IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01
SWIFT-BIC: COBADEFFXXX



ALLCURA

Versicherungs-Aktiengesellschaft

Prämienermittlung (Zutreffendes bitte ausfüllen - Anzahl der Personen)

	Rechtsanwälte	Steuerberater	Patentanwälte
Gesellschafter und Geschäftsführer, die nicht Gesellschafter sind	_____	_____	_____
Angestellte/frei Mitarbeitende Berufsträger	_____	_____	_____

Sonstige Freiberufler / Notare _____

Für Wirtschaftsprüfer nutzen Sie zusätzlich unseren gesonderten Risikoerfassungsbogen.

Bei mehrstöckigen Berufsausübungsgesellschaften (z.B. GmbH & Co.KG) bitten wir zusätzlich um gesonderte Aufgabe der in der Beteiligungsgesellschaft befindlichen Gesellschafter und Geschäftsführer, die nicht Gesellschafter sind.

Prämienrelevante Berechnungseinheit: Jahresumsatz: _____ EUR

Vorversicherung / Vorschäden

Besteht oder bestand sonst noch eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung bei uns oder einem anderen Versicherer? Ja Nein

Wenn ja, Versicherungsnummer: _____ Name des Versicherers: _____

Gekündigt durch: _____ Gekündigt zum: _____ Kündigungsgrund: _____

Wurden Sie oder eine versicherte Person in den letzten 10 Jahren aufgrund beruflicher Tätigkeit wegen Haftpflichtschäden in Anspruch genommen? Nein Ja

Falls ja, bitte näher erläutern: _____

Gewünschte Vertragsdauer

Beginn: _____ (0:00 Uhr) Ablauf: _____ (24:00 Uhr)

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei Abschluss eines 3-Jahresvertrages wird ein Laufzeitnachlass in Höhe von 10 % gewährt.

Zahlungsweise: jährlich halbjährlich vierteljährlich

Der Zuschlag beträgt pauschal 25,00 EUR für die halbjährliche Zahlungsweise und 75,00 EUR für die vierteljährliche Zahlungsweise. Bei jährlicher Zahlungsweise und Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats berechnen wir einen Nachlass von 15%.

ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl
Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase
Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807
St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte
USt-IdNr.: DE815288179

Bankverbindung:

Konto-Nr. 632005501
BLZ 200 400 00
Commerzbank Hamburg
IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01
SWIFT-BIC: COBADEFFXXX



Bitte beantworten Sie die Fragen richtig und vollständig, andernfalls gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte der nachstehenden gesetzlich vorgesehenen Belehrung und den Versicherungsbedingungen. Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Grundlage des Angebots der ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft sind die von Ihnen gemachten Angaben. Dafür ist es notwendig, dass Sie die Ihnen gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten bzw. beantwortet haben. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen oder gemacht haben. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

5. Stellvertretung

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich

ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl
Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase
Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807
St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte
USt-IdNr.: DE815288179

Bankverbindung:

Konto-Nr. 632005501
BLZ 200 400 00
Commerzbank Hamburg
IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01
SWIFT-BIC: COBADEFFXXX



ALLCURA

Versicherungs-Aktiengesellschaft

darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesem Fragebogen oder in anderen Schriftstücken gemacht haben auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

Erklärung

Mit meiner / unserer Unterschrift werden die bei mir / uns verbleibenden Allgemeinen Datenschutzhinweise (Merkblatt der Datenverarbeitung), Hinweise und Belehrungen Bestandteil der Angebotsanforderung.

Die Hinweise und Belehrungen habe(n) ich / wir zur Kenntnis genommen. Ich / Wir bestätigen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Vorschadenauskunft

Mit meiner / unserer Unterschrift zur Erklärung über die gefahrerheblichen Umstände gebe(n) ich / wir auch mein / unser ausdrückliches Einverständnis bezüglich der Vorversicherung beim genannten Versicherer anzufragen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) / Firmenstempel

Vermittler Unterschrift / Firmenstempel

Bitte senden Sie diese Angebotsanforderung per Post: Postfach 11 23 69, 20423 Hamburg, per E-Mail: kontakt@allcura-versicherung.de oder per Fax: (040) 226 337 - 888 an uns zurück.



ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl
Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase
Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807
St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte
USt-IdNr.: DE815288179

Bankverbindung:

Konto-Nr. 632005501
BLZ 200 400 00
Commerzbank Hamburg
IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01
SWIFT-BIC: COBADEFFXXX