

Bitte senden Sie den Antrag per Mail an: Info@dmfinanz.com
 oder Post an: DM Finanz UG, Im versunkenen Garten 14, 59227 Ahlen

WIFO-Partner: wi-6172-1

 GENERALI Versicherungen		Antrag auf Kleingarten- Einzelversicherung		Versicherungsschein Nr.:	Org.-Bereich	Vermittler-Nr.: 120518			
<input checked="" type="checkbox"/> Neuantrag		<input type="checkbox"/> Veränderungsantrag		Partnerinformationsfeld (PIF)/Kooperationspartner		Aufzuhebende Verträge:			
<p>Hinweis</p> Sämtliche Fragen des Antrages müssen deutlich, vollständig und wahrheitsgemäß durch den Antragsteller beantwortet werden. Bei grob fahrlässiger oder vorsätzlicher Verletzung können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein, das Recht zur Vertragsanpassung haben oder den Versicherungsvertrag kündigen.									
Bei <input type="checkbox"/> ist Zutreffendes anzukreuzen		Ist der/die Antragsteller/in bereits Kunde/Kundin bei unserer Gesellschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						Versicherungsschein-Nr. unserer Gesellschaft:	Kundennummer:
Persönliche Daten <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Name: _____ Vorname, Titel: _____ Zusatzzeile: _____ Straße, Haus-Nr.: _____ Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Telefon-Nr.: _____ dienstlich _____ Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> dienstlich						Telefax-Nr.: _____	Familienstand: _____
Ehepartner bzw. mitversicherte Person		Name, Vorname, Titel: _____ Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____ derzeitige Tätigkeit/Beruf/Branche: _____		Vorname, Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) evtl. Beruf: _____		Vorname, Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr) evtl. Beruf: _____			
Kinder		_____		_____		_____			
SEPA Lastschriftmandat		<input checked="" type="checkbox"/> Mandat für wiederkehrende Zahlungen Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt Gläubigeridentifikation DE 51 ZZZ 000000 28636							
Ich/Wir ermächtige/n die Generali Lebensversicherung AG*, Beiträge von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Generali Lebensversicherung AG* auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, bei meinem/unserem Kreditinstitut die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.									
IBAN: _____ BIC: _____ Name des Kreditinstituts: _____ Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift des/der Kontoinhabers/in: _____ Bitte nur ausfüllen, wenn der Versicherungsnehmer/Antragsteller nicht der o.g. Kontoinhaber ist. Name, Straße und Hausnummer, Land, Postleitzahl und Ort _____ * Das Beitragsinkasso für Lebens- und Sachversicherungen wird von der Generali Lebensversicherung AG vorgenommen.									
Vertragsbeginn Vertragsdauer/ Zahlweise		Versicherungsbeginn 12 Uhr _____		Weicht der angegebene Ablauf von der angegebenen Dauer ab, so gilt der Ablauf als vereinbart. Bei mindestens einjähriger Dauer verlängert sich der Vertrag mit Ablauf der Vertragszeit von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.					
Dauer: <input type="checkbox"/> 1 Jahr ohne Nachlass <input checked="" type="checkbox"/> 3 Jahre mit 10% Dauernachlass		Zahlweise: <input checked="" type="checkbox"/> jährlich (5% Zahlungsbonus) <input type="checkbox"/> 1/2 jährlich (2% Zahlungsbonus) <input type="checkbox"/> 1/4 jährlich <input type="checkbox"/> monatlich (nur mit SEPA - Lastschriftmandat)							
Angaben zum Risiko		Straße, Haus-Nr., Parzelle: _____ Postleitzahl: _____ Ort: _____ Name vom Verband, Verein, Kolonie (Zugehörigkeit ist Voraussetzung für die Annahme): _____ Umfassungswände aus: <input type="checkbox"/> Stein <input type="checkbox"/> bzw. _____ Dacheindeckung: <input type="checkbox"/> Ziegel <input type="checkbox"/> bzw. _____							
Vorschäden Vorversicherung		Wurde ein Versicherungsantrag bereits abgelehnt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bestehen oder bestanden Vorversicherungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sind in den letzten 5 Jahren Schäden eingetreten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
Sparte: _____ Versicherer: _____ Vers.-schein-Nr.: _____		Vorschäden: Anzahl/Höhe: _____		gekündigt von: _____		Ablauf: _____			
Diese Angaben benötigen wir zur Risikoprüfung. Zur Überprüfung und Ergänzung Ihrer Angaben kann ein Datenaustausch mit anderen Versicherern erforderlich werden.									

Grundversicherung – Baustein A –	Deckungsumfang gemäß Merkblatt Form-Nr. 40/635 – Besondere Vereinbarung zur Kleingartengrundversicherung Das Merkblatt ist Vertragsbestandteil. Es ist bei der Antragsaufnahme dem Versicherungsnehmer auszuhändigen.	Beitrag Netto <input type="text" value="34,81"/> EUR	Beitrag Brutto <input type="text" value="40,46"/> EUR
Zusatzversicherung – Baustein B –	<p>INHALT (Nettobeiträge zzgl. 16,15 % Vers.-Steuer)</p> <input checked="" type="checkbox"/> 1. Erhöhung der Versicherungssumme für den Inhalt der Gartenlaube gegen Feuer- und Einbruchdiebstahlschäden einschließlich Schäden durch Vandalismus. Zum Neuwert EUR <input type="text"/> pro 500 EUR, 6 EUR <input type="checkbox"/> 2. Inhalt der Gartenlaube <input type="checkbox"/> Leitungswasser <input type="checkbox"/> Sturm- und Hagelversicherung Zum Neuwert EUR <input type="text"/> pro 500 EUR, Leitungswasser 0,50 EUR, Sturm + Hagel 1 EUR <input type="checkbox"/> 3. Solaranlagen im Freien gegen einfachen Diebstahl, Vandalismus und Glasbruch Versicherungssumme <input type="text"/> pro 500 EUR, 6 EUR <input type="checkbox"/> 4. Gartenmöbel im Freien gegen einfachen Diebstahl auf Erstes Risiko <input type="checkbox"/> 150 EUR 5,00 EUR <input type="checkbox"/> 300 EUR 10,00 EUR <input type="checkbox"/> 450 EUR 15,00 EUR <input type="checkbox"/> 600 EUR 20,00 EUR <input type="checkbox"/> 750 EUR 25,00 EUR <input type="checkbox"/> 900 EUR 30,00 EUR <p>GEBÄUDE (Nettobeiträge zzgl. 16,34 % Vers.-Steuer)</p> <input type="checkbox"/> 5. Erhöhung der Versicherungssumme für Gebäude gegen Brand-, Blitz- und Explosionsschäden Zum Neuwert um EUR <input type="text"/> pro 500 EUR, massiv 0,50 EUR, Holz 1,25 EUR inkl. Solaranlagen <input type="checkbox"/> Leitungswasserversicherung <input type="checkbox"/> Sturm- und Hagelversicherung Zum Neuwert EUR <input type="text"/> pro 500 EUR, Leitungswasser 0,50 EUR, Sturm + Hagel 1 EUR <input type="checkbox"/> 7. Erhöhung der Versicherungssumme für Aufräumungs- und Abbruchkosten für Gebäude Erhöhung um EUR <input type="text"/> pro 250 EUR, 0,50 EUR <input type="checkbox"/> 8. Erhöhung der Versicherungssumme für Gebäudebeschädigung anlässlich eines Einbruchdiebstahlschadens einschließlich Schäden durch Vandalismus <input type="checkbox"/> 75 EUR 2,50 EUR <input type="checkbox"/> 225 EUR 7,50 EUR <input type="checkbox"/> 375 EUR 12,50 EUR <input type="checkbox"/> 600 EUR 20,00 EUR <input type="checkbox"/> 150 EUR 5,00 EUR <input type="checkbox"/> 300 EUR 10,00 EUR <input type="checkbox"/> 450 EUR 15,00 EUR <input type="checkbox"/> 750 EUR 25,00 EUR	Beitrag Netto <input type="text"/>	Beitrag Brutto <input type="text"/>
Beiträge	Grundversicherung – Baustein A – <input type="text" value="34,81"/> EUR	Zusatzversicherung – Baustein B – <input type="text"/> EUR	Gesamtbeitrag inkl. Vers.-Steuer <input type="text"/> EUR
Besondere Vereinbarung	Das Merkblatt über die Kleingartenversicherung (Form-Nr. 40/635) wurde bei der Antragsaufnahme dem Versicherungsnehmer übergeben. Ort und Datum <input type="text"/> Unterschrift des Antragstellers <input type="text"/>		
Widerrufsbelehrung	<p>Widerrufsrecht Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81737 München. Bei einem Widerruf per Telefax oder E-Mail ist der Widerruf an die Fax-Nr. 089-51 21-10 00 bzw. die E-Mail-Adresse service@generali.de zu richten.</p> <p>Widerrufsfolgen Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um 1/360 des auf ein Jahr entfallenden Beitrags. Die Erstattung zurückzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.</p> <p>Besondere Hinweise Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Ihre Generali Versicherung AG</p>		
Bitte beachten Sie vor Unterzeichnung dieses Antrages die wichtigen Hinweise auf der Rückseite.			
Empfangsbestätigung	Ich bestätige, dass ich rechtzeitig vor Unterzeichnung des Antrages, die der/den beantragten Versicherung/en zugrunde liegenden Produktinformationsblätter und Produktbeschreibungen, Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Versicherungsbedingungen und Klauseln sowie die Kundeninformation Privatversicherung einschließlich der Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht, die Hinweise zum Schutz Ihrer Daten und eine Zweitschrift des Antrages erhalten habe. Ort und Datum <input type="text"/> Unterschrift des Antragstellers <input type="text"/>		
Erklärungen	An diesen Antrag halte ich mich einen Monat gebunden. In die dem Versicherungsantrag beigefügte Information zur Verwendung Ihrer Daten nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) willige ich ein. Bei Abschluss einer Unfallversicherung habe ich die für die Unfallversicherung gesondert geltende Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung eigenhändig unterschrieben und zur Kenntnis genommen.		
Unterschriften	Bevor Sie den Antrag unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Lesen Sie bitte auch die beiliegenden Vertrags- und Kundeninformationen. Ort und Datum <input type="text"/> Unterschrift des Antragstellers <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Unterschrift der versicherten Person (wenn nicht Antragsteller) und ggf. der gesetzlichen Vertreter <input type="text"/> <input type="text"/> Unterschrift des Vermittlers <input type="text"/> WIFO-Partner: WI-6172-1		