

EINZEL- UND FAMILIEN- UNFALLVERSICHERUNG



Ostangler 
Versicherungen

Ostangler Brandgilde VVaG
Flensburger Straße 5
24376 Kappeln

Telefon: (04642) 91 47 - 0
Telefax: (04642) 91 47 - 77
E-mail: info@oab.de
Internet: www.ostangler.de

☐ Antrag auf Abschluss einer Unfallversicherung

☐ Antrag auf Angebot einer Unfallversicherung

Antragsteller

Neuantrag

☐ ja

☐ nein

Änderungsantrag

☐ ja

☐ nein

Bereits Ostangler Mitglied

☐ ja

☐ nein

Mitglieds-Nr.

Vermittler-Nr.

☐ Herr

☐ Frau

☐ Firma

andere Anrede/Titel

Vorwahl / Telefon-Nr.

Nachname

E-Mail

Vorname

Geburtsdatum

Straße Haus Nr.

Beruf

PLZ, Wohnort

☐ angestellt

☐ selbstständig

Dauer / Zahlungsweise

Versicherungsbeginn

0.00 Uhr bis

Versicherungsablauf

24.00 Uhr

Zahlungsweise

Die Vertragsdauer beträgt mindestens ein Jahr.

1/1	1/2	1/4	1/12
☐	☐	☐	☐
/	3%	5%	7%

Nach Ablauf der Versicherung verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung in Textform zugeht. Der Versicherungsschutz (die Haftung des Versicherers) beginnt mit der Einlösung des Versicherungsscheines, jedoch nicht vor dem darin festgesetzten Zeitpunkt. Wird der erste Beitrag erst nach diesem Zeitpunkt angefordert, als dann aber ohne Verzug gezahlt, so erkennt der Versicherer den festgesetzten Zeitpunkt auch rückwirkend als Versicherungsbeginn an. Die Folgebeiträge sind zu den jeweils vereinbarten Zeiträumen fällig.

SEPA Lastschriftschriftmandat (Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000038999)

Bis zum jederzeit möglichen Widerruf ist die Ostangler Versicherung ermächtigt, die Abbuchung der fälligen Beiträge laut SEPA Mandatsreferenz von folgendem Konto zu veranlassen:

IBAN / Kontonummer

BIC / Bankleitzahl Name und Ort des Geldinstitutes

Kontoinhaber Vor-, Nachname, vollständige Adresse

(nur ausfüllen, falls nicht Antragssteller)

Die erteilte Einzugsermächtigung gilt auch für die weiteren Fälligkeitstermine, bei denen wir von einer erneuten Lastschriftbenachrichtigung absehen und den Beitrag vom angegebenen Konto abbuchen.

Bitte informieren Sie uns rechtzeitig, wenn sich Ihre Bankverbindung zwischenzeitlich geändert hat. Die Ostangler Versicherung verpflichtet sich, mind. 5 Werktage vor dem Tag der Abbuchung eine schriftliche Information zu versenden.

Unterschrift SEPA-Mandat (zwingend erforderlich):

Gefahrengruppen (siehe auch Tarifbestimmungen für die allgemeine Unfallversicherung)

Gefahrengruppe K

Kinder bis zum 18. Lebensjahr

Gefahrengruppen A und B

Berufsgruppenverzeichnis im Online-Tarifrechner hinterlegt

Zu versichernde Personen

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Bestehender Unfallvertrag				
Titel, Nachname				
Vorname				
Geburtsdatum				
Beruf, Gewerbe				
Sind Sie Vertrags- oder Lizenzsportler?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Fahren Sie Motorrad?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Gefahrengruppe				
Begünstigter bei Unfalltod				

Vorschäden der letzten 5 Jahre

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Wenn ja, bitte Art und Höhe auf Extrablatt	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wurden bereits Unfall-Versicherungsverträge gekündigt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	☐ vom Antragsteller	☐ vom Antragsteller	☐ vom Antragsteller	☐ vom Antragsteller
	☐ vom Versicherer	☐ vom Versicherer	☐ vom Versicherer	☐ vom Versicherer

Weitere Unfallverträge

	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Bestehen weitere private Unfallversicherungen?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bei welcher Gesellschaft?				

Leistungsarten

Progression	☐ ohne	☐ 225%	☐ ohne	☐ 225%	☐ ohne	☐ 225%	☐ ohne	☐ 225%
	☐ 350%	☐ 500%	☐ 350%	☐ 500%	☐ 350%	☐ 500%	☐ 350%	☐ 500%
Versicherungssumme / Jahresbeitrag	Vers.-Summe	Beitrag	Vers.-Summe	Beitrag	Vers.-Summe	Beitrag	Vers.-Summe	Beitrag
Unfall- Invalidität								
Unfalltod								
Leistung bei Vollinvalidität								
Übergangsleistung								
Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld								
Jahresnettobeitrag Compact								
Einschluss Absicherung Krebserkrankungen	☐		☐		☐		☐	
Einschluss Unfall Assistance	☐		☐		☐		☐	
Einschluss schwere Krankheiten Kinder (Zusatzblatt Gesundheitsfragen Kinder)								
Einschluss Pflegetagegeldzusatzversicherung (bitte Zusatzblatt Pflegetagegeld ausfüllen)								
Einschluss Reha - Assist								
Jahresnettobeitrag inkl. Zusatzeinschlüssen								
Zuschlag Exklusiv Fair Play								
Nachlass Compact Spar 20								
Zwischensumme								
Versicherungssteuer 19 %								
Jahresbruttobeitrag								
Bruttobeitrag je Zahlungsweise								
Dynamisierung								

Die Versicherungssummen sollen jährlich angepasst werden um

☐ 2%☐ 3 %☐ 5%☐ Verzicht auf Anpassung

Leistungsarten	VS	Beitragssätze Compact zzgl. Versicherungssteuer			Zu- bzw. Abschläge	
		A	B	K	Exclusiv Fair Play	Compact Spar 20
Invaldität ohne Progression	1.000 EUR	0,73	1,04	0,27	+ 35 %	- 35 %
225 % Progression	1.000 EUR	0,84	1,20	0,31	+ 35 %	- 30 %
350 % Progression	1.000 EUR	0,95	1,35	0,35	+ 35 %	- 25 %
500 % Progression	1.000 EUR	1,06	1,51	0,39	+ 35 %	- 20 %
Todesfall	1.000 EUR	0,55	0,80	0,24	+ 10 %	-
Krankenhaustage- mit Genesungsgeld	1 EUR	0,59	0,86	0,36	+ 10 %	-
Übergangsleistung	1.000 EUR	1,08	1,66	0,66	+ 10 %	-

Gesundheitsfragen – für alle Produktvarianten –

Sind Sie in den letzten 5 Jahren aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen mindestens **zweimal** entweder stationär behandelt oder ambulant operiert worden? Wenn ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose, Therapie und Angaben des Hausarztes (bitte ggf. gesondertes Blatt verwenden)

☐ ja ☐ nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

☐ ja ☐ nein

Zusätzliche Gesundheitsfragen für die Produktvariante „Exclusiv Fair Play“
Leiden oder litten Sie in den letzten 5 Jahren an einer der folgenden Krankheiten? - Genauere Erläuterungen zu den Erkrankungen entnehmen Sie bitte auf der Rückseite -Sollten Sie Gesundheitsfragen mit „ja“ beantworten, bitten wir um detaillierte Ausführung auf der Rückseite -

Herz- / Kreislauferkrankungen ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Erkrankungen des Gehirn- / Nervensystems ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Erkrankung des Skelett- / Bewegungsapparates ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Systemische Erkrankungen ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Erkrankungen der Psyche ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Erkrankungen der Augen ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Größe und aktuelles Gewicht: cm kg cm kg cm kg cm kg

Leistungserweiterung Exclusiv Fair Play (automatisch im Exclusiv-Paket mitversichert)

- Einschluss der Knochenbruchversicherung – bis zu einer Summe von jeweils 1.000 EUR
- Einschluss Wellness - Wochenende für zwei Personen
- Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall
- Reha Management

Leistungserweiterung Krebserkrankungen (gilt nur, wenn ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

- Sofortleistung bei bedingungsgemäß vereinbarten Krebserkrankungen bis **Eintrittsalter 40 Jahre** **20 EUR Jahresnettobeitrag**
- Kosmetische OP infolge Brustkrebs ab **Eintrittsalter 41 Jahre** **35 EUR Jahresnettobeitrag**

Leistungserweiterung schwere Krankheiten Kinder (gilt nur, wenn ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

- Krebs
- Chronisches Nierenversagen
- Multiple Sklerose
- Organtransplantationen

10.000 EUR VS – 10 EUR Jahresnettobeitrag **20.000 EUR VS – 20 EUR Jahresnettobeitrag** **30.000 EUR VS – 30 EUR Jahresnettobeitrag**

Leistungserweiterung Unfall Assistance – im Rahmen der Leistungen des Malteser Hilfsdienst (gilt nur, wenn ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Eintrittsalter 18 bis 54 Jahre – 57 EUR Jahresnettobeitrag **Eintrittsalter 55 bis 69 Jahre – 78 EUR Jahresnettobeitrag**

Leistungserweiterung Pflegetagegeldzusatzversicherung (gilt nur, wenn ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

- Eintrittsalter mind. 20 Jahre, maximal 60 Jahre
- Pflegestufen I, II und III gem. §15 Sozialgesetzbuch XI
- Versicherungsdauer gem. Unfallvertrag, jedoch maximal bis zum 75. Geburtstag
- Leistungsdauer: Bis zum Tod bzw. dem Ende der Pflegebedürftigkeit
- Beitragsbefreiung bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit für die Dauer der Pflegebedürftigkeit

Höhe des Pflegetagegeldes	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe 3	• Einheitliche Beiträge für Männer und Frauen (Unisex-Tarif)
Variante 1	5 EUR	10 EUR	20 EUR	• Pflegestufe I: erhebliche Pflegebedürftigkeit
Variante 2	10 EUR	20 EUR	40 EUR	• Pflegestufe II: Schwerpflegebedürftigkeit
Variante 3	20 EUR	40 EUR	80 EUR	• Pflegestufe III: Schwerstpflegebedürftigkeit

Beitragstabelle für Männer und Frauen (Unisex-Tarif) Jahresbeiträge zzgl. Versicherungssteuer																
Eintrittsalter	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Variante 1	43,01	44,27	45,66	47,14	48,72	50,40	52,18	54,08	56,11	58,27	60,57	63,01	65,62	68,41	71,38	74,54
Variante 2	86,02	88,54	91,32	94,28	97,44	100,79	104,36	108,17	112,22	116,53	121,13	126,03	131,25	136,81	142,75	149,08
Variante 3	172,03	177,09	182,65	188,57	194,87	201,58	208,73	216,34	224,44	233,07	242,26	252,06	262,50	273,63	285,50	298,16
Eintrittsalter	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
Variante 1	77,92	81,53	85,38	89,50	93,90	98,62	103,57	108,76	114,19	119,87	125,82	132,06	138,61	145,50	152,75	160,40
Variante 2	155,84	163,06	170,76	179,00	187,81	197,24	207,14	217,51	228,37	239,74	251,64	264,12	277,22	290,99	305,50	320,80
Variante 3	311,68	326,11	341,53	358,00	375,62	394,48	414,27	435,02	456,74	479,47	503,28	528,24	554,44	581,98	610,99	641,60
Eintrittsalter	52	53	54	55	56	57	58	59	60							
Variante 1	168,49	177,04	186,09	195,69	205,89	216,76	228,41	240,92	254,40							
Variante 2	336,97	354,07	372,18	391,38	411,78	433,53	456,82	481,84	508,79							
Variante 3	673,94	708,15	744,36	782,75	823,55	867,06	913,63	963,68	1017,58							

Leistungserweiterung Reha – Assist (gilt nur, wenn ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Versicherungssumme: 4.500 EUR **Jahresnettobeitrag: 45 EUR**

- Persönliche Beratung
- Medizinische Reha-Beratung
- Hilfsmittelversorgung
- Mobilitätssicherung
- Wohnungsberatung
- Berufliche Reha-Beratung
- Pflegeberatung

Widerrufsrecht: Auszug aus §8 VVG und den Tarifbestimmungen - Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

☐ Die Bedingungen und Klauseln, das Produktinformationsblatt sowie die Satzung und das Merkblatt zur Datenverarbeitung habe ich rechtzeitig vor Vertragsabschluss erhalten und eingesehen:

☐ in Papierform ☐ auf einem Datenträger (USB / CD) ☐ eigens online eingesehen

☐ Das Beratungsprotokoll wurde zusammen mit mir durchgesprochen, eine Antragsdurchschrift habe ich erhalten.

(entfällt bei Versicherungsverträgen, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln (z.B. Brief, Telefon, Fax, Email, Internet) abgeschlossen werden (Fernabsatzverträge)).

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/ versicherte Person

Unterschrift Antragsvermittler

Definition der Gesundheitsfragen

Herz- / Kreislauferkrankungen	Herzinfarkt, Ersatz einer Herzklappe, Bewusstlosigkeit, Vorhofflimmern, Gerinnungsstörungen, Herzrhythmusstörung, Herzmuskelstörung, Arterielle Verschlusskrankheit, Thrombosen
Erkrankungen des Gehirn - / Nervensystems	Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Polyneuropathie / Nervenschädigung, Epilepsie, Alzheimer, Demenz, Schlaganfall / Hirnblutung, Bewusstseinsstörung, Durchblutungsstörung des Gehirns
Erkrankungen des Skelett - / Bewegungsapparates	Osteoporose, Knochenbrüche / Unfälle, Arthrose, Gelenkersatz, Gelenkrheuma, Wirbelsäule, Morbus Bechterew, Kreuzbandersatz, Meniskusschaden, Gehilfen erforderlich ? –Rollator, Stock, Stützen
Systemische Erkrankungen	Diabetes, Fibromyalgie, Lupus, gut- oder bösartige Tumorerkrankungen, Rheuma, Dialyse, Myasthenia gravis, Organtransplantation, Schlafapnoe / nächtliche Atemaussetzer, chronisches Schmerzsyndrom, HIV-Infektion, Heuschnupfen, Asthma, Chronische Bronchitis
Erkrankungen der Psyche	Psychose, Neurose, Depression, Angstzustände, Selbsttötungsversuch, Essstörungen, Alkohol-, Drogen- oder sonstige Suchtmittelerkrankungen
Erkrankungen der Augen	Fehlsichtigkeit, Blindheit, grauer Star, bei Fehlsichtigkeit bitte die aktuelle Dioptrienzahl angeben L / R
Einnahme von Medikamenten in den letzten 5 Jahren	Marcumar / blutverdünnende Medikamente, Cortison / cortisonhaltige Medikamente, Psychopharmaka / Antidepressiva Wenn ja, wann, wie lange, welche Dosis und Grund für die Einnahme bitte angeben:

Angaben zu Vorerkrankungen

1. Person	2. Person	3. Person	4. Person

Wichtige Hinweise

Gebührenregelung Geltendes Recht	Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben. Es gelten die gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland.
Vertragsgrundlagen bestehend aus	- Vertragsbestimmungen - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen - Tarifbestimmungen und Klauseln - Verbraucherinformationen - Satzung - Merkblatt zur Datenverarbeitung
Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)	Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Ostangler Versicherung Ihre datenschutzrechtliche Einwilligung. Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt die Ostangler Versicherung ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an anderen Stellen, z. B. der Rückversicherung weiterleiten zu dürfen. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Ostangler Versicherung unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten. Sie gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können. 1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Ostangler Versicherung Ich willige mit Antragsunterschrift ein, dass die Ostangler Versicherung die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist. 2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der Ostangler Versicherung 2.1 Ich willige mit Antragsunterschrift ein, dass meine Gesundheitsfragen – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Ostangler Versicherung tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht. 2.2 Ich willige mit Antragsunterschrift ein, dass die Ostangler Versicherung meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erheben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen. 3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt Ich willige mit Antragsunterschrift ein, dass die Ostangler Versicherung meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragsstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt. 4. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen) Ich willige mit Antragsunterschrift ein, dass die Ostangler Versicherung meine Gesundheitsdaten an andere zuständige Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und dort genutzt werden, wie die Ostangler Versicherung dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Ostangler Versicherung und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht. ☐ Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Sonstige Hinweise	Unrichtige Beantwortung der Fragen nach Gefahrenumständen sowie arglistiges Verschweigen auch sonstiger Gefahrenumstände kann die Ostangler Brandgilde berechtigen, den Versicherungsschutz zu versagen. Alle Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung der Ostangler Brandgilde oder an die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen bezeichneten Stelle gerichtet werden. Geben Sie bitte stets die Versicherungsnummer an. Die selbstständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vermittlern verboten und ohne rechtliche Wirkung für die Ostangler Brandgilde. Der Versicherungsnehmer kann jederzeit auf seine Kosten eine Abschrift der Erklärungen anfordern, die er mit Bezug auf den Versicherungsvertrag abgegeben hat.
--------------------------	---

Beschwerdestelle Ombudsmann	Bei Beschwerden können Sie sich an das Bundesaufsichtsamt für Finanzdienstleistungen, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, wenden. Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin; Tel.: 030- 206058-0
--	---

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
eingetragen beim Amtsgericht Flensburg HRB 158

Aufsichtsrat: Hans Walter Jens, Vorsitzender
Vorstand: Jens-Uwe Rohwer, Vorsitzender;
Andreas Schmid

Telefon: 04642 / 9147-0
Telefax: 04642 / 9147-77
E-mail: info@oab.de
Internet: www.oostangler.de
Anschrift: Flensburger Str. 5, 24376 Kappeln

