

**Antrag auf Invaliditätsabsicherung mit Unfallrente und Todesfalleistung Erwachsene vom 27 bis 64**

**Lebensjahr Handwerklich Tätige**

24 Stundendeckung mit Einschluss Rennrisiko und Lizenzfahrer

Antragsteller <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Titel, Vorname, Zuname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		Telefon	
Straße und Haus-Nr.						<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Arbeiter		E-Mail, Internet	
PLZ / Wohnort								Beruf / Branche	
Zu versichernde Person		Vorname, Zuname			Geburtsdatum		m		w

Invaliditätsleistung inkl. Rente		in Kombination mit		Reha Hilfe		Aktiv Hilfe	
Grundsomme/ Höchstleistung Progression 600%	Rentenleistung bei Invalidität 35% /50% /90%	Monatsbeitrag inkl. 5000€ Todesfalleistung			Zusatzbeitrag (siehe Infoblatt)	Zusatzbeitrag (siehe Infoblatt)	
33.500€/ 201.000€	250€ /500€ /1000€	39,46€ <input type="checkbox"/>	+		6,10€ <input type="checkbox"/>	9,18€ <input type="checkbox"/>	
	375€ /750€ /1500€	51,07€ <input type="checkbox"/>			4,95€ <input type="checkbox"/>	8,03€ <input type="checkbox"/>	
	500€ /1000€ /2000€	62,17€ <input type="checkbox"/>			3,78€ <input type="checkbox"/>	6,85€ <input type="checkbox"/>	
41.7000€/ 250.200 €	250€ /500€ /1000€	43,11€ <input type="checkbox"/>			5,75€ <input type="checkbox"/>	8,82€ <input type="checkbox"/>	
	375€ /750€ /1500€	54,72€ <input type="checkbox"/>			4,59€ <input type="checkbox"/>	7,67€ <input type="checkbox"/>	
	500€ /1000€/2000€	66,33€ <input type="checkbox"/>			3,43€ <input type="checkbox"/>	6,49€ <input type="checkbox"/>	
50.000€ / 300.000 €	250€ /500€ /1000€	46,82€ <input type="checkbox"/>			5,37€ <input type="checkbox"/>	8,45€ <input type="checkbox"/>	
	375€ /750€ /1500€	58,45€ <input type="checkbox"/>			4,20€ <input type="checkbox"/>	7,28€ <input type="checkbox"/>	
	500€/ 1000€/ 2000€	70,06€ <input type="checkbox"/>			3,06€ <input type="checkbox"/>	6,10€ <input type="checkbox"/>	
50.000€/300.000€		23,60€ <input type="checkbox"/>			7,70€ <input type="checkbox"/>	10,76€ <input type="checkbox"/>	
59.000€/350.400€		27,61€ <input type="checkbox"/>			7,31€ <input type="checkbox"/>	10,37€ <input type="checkbox"/>	
67.000€/402.000€		31,19€ <input type="checkbox"/>			6,94€ <input type="checkbox"/>	10,01€ <input type="checkbox"/>	
75.000€/450.000€		34,75€ <input type="checkbox"/>	6,60€ <input type="checkbox"/>	9,67€ <input type="checkbox"/>			
83.400€/500.200€		38,52€ <input type="checkbox"/>	6,20€ <input type="checkbox"/>	9,28€ <input type="checkbox"/>			
91.700€/550.200€		42,23€ <input type="checkbox"/>	5,83€ <input type="checkbox"/>	8,91€ <input type="checkbox"/>			
100.000€/600.000€		45,93€ <input type="checkbox"/>	5,47€ <input type="checkbox"/>	8,55€ <input type="checkbox"/>			

**Inklusive Zusatzleistungen:** Kosmetische Operationen bis 5.000€ /Bergungskosten ( Inland: 25.000€ / Ausland : 50.000€ ) / Room-in Leistung / Treue Plus ( eingehende Erläuterungen aller Leistungen bitte den bei gehängten Vertragsinformationen entnehmen )

Zahlweise: <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼	Beginn des Vertrages: _____	Vertragslaufzeit: <input type="checkbox"/> 5 Jahre (nach 3 Jahren kündbar ) oder <input type="checkbox"/> 1 Jahr ( 10% Zuschlag )	Beitrag Invalidität	€
Abschlag : -6% -3% -1%			+ Zusatzbeitrag Reha Hilfe	€
			Gesamtbeitrag	€

**Monatsbeiträge sind inklusive Motorsportzuschlag / Ratenzahlungszuschlag (6%) / Versicherungssteuer (19%) und Laufzeitrabatt ( 10%)**

**„Ergänzend zu Ziffer 4.1.5 der Versicherungsbedingungen KT 03.2017U besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an  Motocross-Rennen  Cart-Rennen  Auto-Rallye  Motorrad-Rallye  Motorbootrennen  Enduro -veranstaltungen und deren Trainingsfahrten zustoßen.**

Bezugsberechtigter bei Tod	<input type="checkbox"/> Eltern oder	<input type="checkbox"/> Vorname und Zuname (ggf. auch Geburtsname), Geburtsdatum
----------------------------	--------------------------------------	---

Beitragszahlung:  per Lastschrift / Sepa Mandat ( Achtung : bei monatlicher Zahlweise ist Lastschrift zwingend )  
 per Rechnung

Der Antragsteller bestätigt , das er die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln , sowie die Verbraucher und Produktinformationen zur Datenverarbeitung vor Antragstellung eingesehen und auf seinem Rechner gespeichert oder ausgedruckt hat. Diese sind am Antrag anbei.(diese kann der Versicherungsnehmer jederzeit erneut von dem Versicherungsvermittler in Papier oder elektronischer Form anfordern)

**Jeweils eine gewünschte Variante ankreuzen:**

Der Antragsteller hat die Versicherungssummen im Antrag selbst ausgewählt. Somit verzichtet er auf eine Beratung und schriftliche Dokumentation durch den Vermittler Enge & Co GmbH. Dieser Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler geltend zu machen. Versicherungsschutz wird somit sofort besorgt.

oder  Beratungsdokumentation gewünscht (**unbedingt** Kontaktdaten für telefonische Beratung angeben) Versicherungsschutz kommt frühestens zu Stande wenn die Beratungsdokumentation vom Versicherungsnehmer unterschrieben bei Enge & Co GmbH eingegangen ist.

Datum: \_\_\_\_\_ (Unterschrift Antragsteller) \_\_\_\_\_ (Unterschrift Vermittler)

**Antrag auf Invaliditätsabsicherung mit Unfallrente und Todesfalleistung Erwachsene vom 27 bis 64**

**Lebensjahr Handwerklich Tätige**

24 Stundendeckung mit Einschluss Rennrisiko und Lizenzfahrer

Antragsteller <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Titel, Vorname, Zuname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		Telefon	
Straße und Haus-Nr.						<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Arbeiter		E-Mail, Internet	
PLZ / Wohnort								Beruf / Branche	
Zu versichernde Person		Vorname, Zuname			Geburtsdatum		m		w

**Invaliditätsleistung inkl. Rente**

Grundsumme/ Höchstleistung Progression 600%	Rentenleistung bei Invalidität 50% /90% 5000€ Todesfalleistung	Monats- Beitrag inkl. VSt.	Grundsumme/ Höchstleistung Progression 600%	Rentenleistung bei Invalidität 50% /90% 5000€ Todesfalleistung	Monats- Beitrag inkl. VSt.
25.000€/150.000€	500€/1000€	30,41€ <input type="checkbox"/>	58.400€/350.400€	500€/1000€	45,34€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	34,90€ <input type="checkbox"/>		625€/1250€	49,83€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	39,39€ <input type="checkbox"/>		750€/1500€	54,32€ <input type="checkbox"/>
30.000€/180.000€	500€/1000€	32,62€ <input type="checkbox"/>	<b><span style="background-color: yellow;">Nur Invaliditätsleistung</span></b>		
	625€/1250€	37,13€ <input type="checkbox"/>	50.000€/300.000€		23,60€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	41,63€ <input type="checkbox"/>	59.000€/354.000€		27,60€ <input type="checkbox"/>
33.500€/201.000€	500€/1000€	34,19€ <input type="checkbox"/>	67.000€/402.000€		31,20€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	38,70€ <input type="checkbox"/>	75.000€/450.000€		34,74€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	43,20€ <input type="checkbox"/>	83.400€/500.400€		38,52€ <input type="checkbox"/>
41.700€/250.000€	500€/1000€	37,90€ <input type="checkbox"/>	91.700€/550.200€		42,22€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	42,36€ <input type="checkbox"/>	100.000€/600.000€		45,93€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	46,85€ <input type="checkbox"/>	110.000€/660.000€		50,41€ <input type="checkbox"/>
50.000€/300.000€	500€/1000€	41,56€ <input type="checkbox"/>	120.000€/720.000€		54,88€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	46,10€ <input type="checkbox"/>			
	750€/1500€	50,58€ <input type="checkbox"/>			

**Inklusive Zusatzleistungen: Kosmetische Operationen bis 5.000€ /Bergungskosten ( Inland : 25.000€ / Ausland : 50.000€ ) / Room-in\_Leistung / Treue Plus (eingehende Erläuterungen aller Leistungen bitte den bei gehängten Vertragsinformationen entnehmen)**

<b>Zahlweise:</b> <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4  <b>Abschlag :</b> -6% -3% -1%	Beginn des Vertrages: _____  Vertragslaufzeit: <input type="checkbox"/> 5 Jahre (nach 3 Jahren kündbar ) oder <input type="checkbox"/> 1 Jahr ( 10% Zuschlag )	Beitrag Invalidität/ Rente	€
		+Verletztengeld	€
		Gesamtbeitrag	€

**Monatsbeiträge sind inklusive Motorsportzuschlag / Ratenzahlungszuschlag (6%) / Versicherungssteuer (19%) und Laufzeitrabatt ( 10%)**

**„Ergänzend zu Ziffer 4.1.5 der Versicherungsbedingungen KT 03.2017U besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an  Motocross-Rennen  Cart-Rennen  Auto-Rallye  Motorrad-Rallye  Motorbootrennen  Enduro -veranstaltungen und deren Trainingsfahrten zustoßen.**

Bezugsberechtigter bei Tod	<input type="checkbox"/> Eltern oder	<input type="checkbox"/> Vorname und Zuname (ggf. auch Geburtsname), Geburtsdatum
----------------------------	--------------------------------------	---

**Beitragszahlung:**  per Lastschrift / Sepa Mandat ( Achtung : bei monatlicher Zahlweise ist Lastschrift zwingend )  
 per Rechnung

Der Antragsteller bestätigt , das er die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln , sowie die Verbraucher und Produktinformationen zur Datenverarbeitung vor Antragstellung eingesehen und auf seinem Rechner gespeichert oder ausgedruckt hat. Diese sind am Antrag anbei.(diese kann der Versicherungsnehmer jederzeit erneut von dem Versicherungsvermittler in Papier oder elektronischer Form anfordern)

**Jeweils eine gewünschte Variante ankreuzen:**

Der Antragsteller hat die Versicherungssummen im Antrag selbst ausgewählt. Somit verzichtet er auf eine Beratung und schriftliche Dokumentation durch den Vermittler Enge & Co GmbH. Dieser Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler geltend zu machen. Versicherungsschutz wird somit sofort besorgt.

oder  Beratungsdokumentation gewünscht (**unbedingt** Kontaktdaten für telefonische Beratung angeben) Versicherungsschutz kommt frühestens zu Stande wenn die Beratungsdokumentation vom Versicherungsnehmer unterschrieben bei Enge & Co GmbH eingegangen ist.

Datum: \_\_\_\_\_ (Unterschrift Antragsteller) \_\_\_\_\_ (Unterschrift Vermittler)

**Antrag auf Invaliditätsabsicherung mit Unfallrente und Todesfalleistung Erwachsene vom 27 bis 64**

**Lebensjahr Handwerklich Tätige**

24 Stundendeckung mit Einschluss Rennrisiko und Lizenzfahrer

Antragsteller <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Titel, Vorname, Zuname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit		Telefon	
Straße und Haus-Nr.						<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Arbeiter		E-Mail, Internet	
PLZ / Wohnort								Beruf / Branche	
Zu versichernde Person		Vorname, Zuname			Geburtsdatum		m		w

Invaliditätsleistung inkl. Rente		in Kombination mit		Reha Hilfe		Aktiv Hilfe	
Grundsomme/ Höchstleistung Progression 400%	Rentenleistung bei Invalidität 35% /50% /90%	Monatsbeitrag inkl. 5000€ Todesfalleistung	+		Zusatzbeitrag (siehe Infoblatt)	Zusatzbeitrag (siehe Infoblatt)	
					Zusatzbeitrag	Zusatzbeitrag	
33.500€ / 134.000€	250€ /500€ /1000€	36,70€ <input type="checkbox"/>	6,39€ <input type="checkbox"/>	9,47€ <input type="checkbox"/>			
	375€ /750€ /1500€	48,31€ <input type="checkbox"/>	5,24€ <input type="checkbox"/>	8,30€ <input type="checkbox"/>			
	500€ /1000€ /2000€	59,93€ <input type="checkbox"/>	4,06€ <input type="checkbox"/>	7,14€ <input type="checkbox"/>			
41.7000€ / 166.800 €	250€ /500€ /1000€	39,70€ <input type="checkbox"/>	6,09€ <input type="checkbox"/>	9,16€ <input type="checkbox"/>			
	375€ /750€ /1500€	51,31€ <input type="checkbox"/>	4,93€ <input type="checkbox"/>	8,01€ <input type="checkbox"/>			
	500€ /1000€ /2000€	62,92€ <input type="checkbox"/>	3,76€ <input type="checkbox"/>	6,83€ <input type="checkbox"/>			
50.000€ / 200.000 €	250€ /500€ /1000€	42,72€ <input type="checkbox"/>	5,80€ <input type="checkbox"/>	8,87€ <input type="checkbox"/>			
	375€ /750€ /1500€	54,33€ <input type="checkbox"/>	4,64€ <input type="checkbox"/>	7,70€ <input type="checkbox"/>			
	500€ / 1000€ / 2000€	65,94€ <input type="checkbox"/>	3,47€ <input type="checkbox"/>	6,55€ <input type="checkbox"/>			
50.000€/200.000€		19,48€ <input type="checkbox"/>	8,11€ <input type="checkbox"/>	11,19€ <input type="checkbox"/>			
59.000€/236.000€		22,78€ <input type="checkbox"/>	7,77€ <input type="checkbox"/>	10,85€ <input type="checkbox"/>			
67.000€/268.000€		25,69€ <input type="checkbox"/>	7,50€ <input type="checkbox"/>	10,56€ <input type="checkbox"/>			
75.000€/300.000€		28,61€ <input type="checkbox"/>	7,19€ <input type="checkbox"/>	10,27€ <input type="checkbox"/>			
83.400€/333.600€		31,69€ <input type="checkbox"/>	6,89€ <input type="checkbox"/>	9,96€ <input type="checkbox"/>			
91.700€/366.800€		34,71€ <input type="checkbox"/>	6,58€ <input type="checkbox"/>	9,66€ <input type="checkbox"/>			
100.000€/400.000€		37,72€ <input type="checkbox"/>	6,29€ <input type="checkbox"/>	9,37€ <input type="checkbox"/>			

**Inklusive Zusatzleistungen:** Kosmetische Operationen bis 5.000€ /Bergungskosten ( Inland: 25.000€ / Ausland : 50.000€ ) / Room-in Leistung / Treue Plus ( eingehende Erläuterungen aller Leistungen bitte den bei gehängten Vertragsinformationen entnehmen )

Zahlweise: <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> ½ <input type="checkbox"/> ¼	Beginn des Vertrages: _____	Vertragslaufzeit: <input type="checkbox"/> 5 Jahre (nach 3 Jahren kündbar ) oder <input type="checkbox"/> 1 Jahr ( 10% Zuschlag )	Beitrag Invalidität	€
Abschlag : -6% -3% -1%			+ Zusatzbeitrag Reha Hilfe	€
			Gesamtbeitrag	€

**Monatsbeiträge sind inklusive Motorsportzuschlag / Ratenzahlungszuschlag (6%) / Versicherungssteuer (19%) und Laufzeitrabatt ( 10%)**

**„Ergänzend zu Ziffer 4.1.5 der Versicherungsbedingungen KT 03.2017U besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an  Motocross-Rennen  Cart-Rennen  Auto-Rallye  Motorrad-Rallye  Motorbootrennen  Enduro -veranstaltungen und deren Trainingsfahrten zustoßen.**

Bezugsberechtigter bei Tod	<input type="checkbox"/> Eltern oder	<input type="checkbox"/> Vorname und Zuname (ggf. auch Geburtsname), Geburtsdatum
----------------------------	--------------------------------------	---

Beitragszahlung:  per Lastschrift / Sepa Mandat ( Achtung : bei monatlicher Zahlweise ist Lastschrift zwingend )  
 per Rechnung

Der Antragsteller bestätigt , das er die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln , sowie die Verbraucher und Produktinformationen zur Datenverarbeitung vor Antragstellung eingesehen und auf seinem Rechner gespeichert oder ausgedruckt hat. Diese sind am Antrag anbei.(diese kann der Versicherungsnehmer jederzeit erneut von dem Versicherungsvermittler in Papier oder elektronischer Form anfordern)

**Jeweils eine gewünschte Variante ankreuzen:**

Der Antragsteller hat die Versicherungssummen im Antrag selbst ausgewählt. Somit verzichtet er auf eine Beratung und schriftliche Dokumentation durch den Vermittler Enge & Co GmbH. Dieser Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler geltend zu machen. Versicherungsschutz wird somit sofort besorgt.

oder  Beratungsdokumentation gewünscht (**unbedingt** Kontaktdaten für telefonische Beratung angeben) Versicherungsschutz kommt frühestens zu Stande wenn die Beratungsdokumentation vom Versicherungsnehmer unterschrieben bei Enge & Co GmbH eingegangen ist.

Datum: \_\_\_\_\_  
 (Unterschrift Antragsteller) \_\_\_\_\_ (Unterschrift Vermittler)

**Antrag auf Invaliditätsabsicherung mit Unfallrente und Todesfalleistung Erwachsene vom 27 bis 64**

**Lebensjahr Handwerklich Tätige**

24 Stundendeckung mit Einschluss Rennrisiko und Lizenzfahrer

Antragsteller <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Titel, Vorname, Zuname		Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit	Telefon
Straße und Haus-Nr.				<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Selbstständige <input type="checkbox"/> Arbeiter		E-Mail, Internet
PLZ / Wohnort						Beruf / Branche
Zu versichernde Person	Vorname, Zuname		Geburtsdatum		m	w
						Beruf / Branche

**Invaliditätsleistung inkl. Rente**

Grundsumme/ Höchstleistung Progression 400%	Rentenleistung bei Invalidität 50% /90% 5000€ Todesfalleistung	Monats- Beitrag inkl. VSt.	Grundsumme/ Höchstleistung Progression 400%	Rentenleistung bei Invalidität 50% /90% 5000€ Todesfalleistung	Monats- Beitrag inkl. VSt.
25.000€/100.000€	500€/1000€	28,34€ <input type="checkbox"/>	58.400€/233.600€	500€/1000€	40,55€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	32,83€ <input type="checkbox"/>		625€/1250€	45,03€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	37,35€ <input type="checkbox"/>		750€/1500€	49,54€ <input type="checkbox"/>
30.000€/120.000€	500€/1000€	30,16€ <input type="checkbox"/>	<b>Nur Invaliditätsleistung</b>		
	625€/1250€	34,68€ <input type="checkbox"/>	50.000€/200.000€		19,48€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	39,17€ <input type="checkbox"/>	59.000€/236.000€		22,78€ <input type="checkbox"/>
33.500€/134.000€	500€/1000€	31,45€ <input type="checkbox"/>	67.000€/268.000€		25,69€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	35,96€ <input type="checkbox"/>	75.000€/300.000€		28,61€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	40,44€ <input type="checkbox"/>	83.400€/333.600€		31,69€ <input type="checkbox"/>
41.700€/166.800€	500€/1000€	34,46€ <input type="checkbox"/>	91.700€/366.800€		34,71€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	38,95€ <input type="checkbox"/>	100.000€/400.000€		37,72€ <input type="checkbox"/>
	750€/1500€	44,12€ <input type="checkbox"/>	110.000€/440.000€		41,40€ <input type="checkbox"/>
50.000€/200.000€	500€/1000€	37,47€ <input type="checkbox"/>	120.000€/480.000€		44,97€ <input type="checkbox"/>
	625€/1250€	41,97€ <input type="checkbox"/>			
	750€/1500€	46,46€ <input type="checkbox"/>			

**Inklusive Zusatzleistungen:** Kosmetische Operationen bis 5.000€ /Bergungskosten ( Inland: 25.000€ / Ausland : 50.000€ ) / Room-in Leistung / Treue Plus (eingehende Erläuterungen aller Leistungen bitte den bei gehängten Vertragsinformationen entnehmen)

Zahlweise: <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4  Abschlag : -6% -3% -1%	Beginn des Vertrages:	Vertragslaufzeit: <input type="checkbox"/> 5 Jahre (nach 3 Jahren kündbar ) oder <input type="checkbox"/> 1 Jahr ( 10% Zuschlag )	Beitrag Invalidität/Rente	€
			+ Verletztengeld	€
			Gesamtbeitrag	€

**Monatsbeiträge sind inklusive Motorsportzuschlag / Ratenzahlungszuschlag (6%) / Versicherungssteuer (19%) und Laufzeitrabatt ( 10%)**

**„Ergänzend zu Ziffer 4.1.5 der Versicherungsbedingungen KT 03.2017U besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der Teilnahme an  Motocross-Rennen  Cart-Rennen  Auto-Rallye  Motorrad-Rallye  Motorbootrennen  Enduro -veranstaltungen und deren Trainingsfahrten zustoßen.**

Bezugsberechtigter bei Tod	<input type="checkbox"/> Eltern oder	<input type="checkbox"/> Vorname und Zuname (ggf. auch Geburtsname), Geburtsdatum
----------------------------	--------------------------------------	---

Beitragszahlung:  per Lastschrift / Sepa Mandat ( Achtung : bei monatlicher Zahlweise ist Lastschrift zwingend )  
 per Rechnung

Der Antragsteller bestätigt , das er die zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln , sowie die Verbraucher und Produktinformationen zur Datenverarbeitung vor Antragstellung eingesehen und auf seinem Rechner gespeichert oder ausgedruckt hat. Diese sind am Antrag anbei.(diese kann der Versicherungsnehmer jederzeit erneut von dem Versicherungsvermittler in Papier oder elektronischer Form anfordern)

**Jeweils eine gewünschte Variante ankreuzen:**

Der Antragsteller hat die Versicherungssummen im Antrag selbst ausgewählt. Somit verzichtet er auf eine Beratung und schriftliche Dokumentation durch den Vermittler Enge & Co GmbH. Dieser Verzicht kann sich nachteilig auf die Möglichkeit des Versicherungsnehmers auswirken, Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsvermittler geltend zu machen. Versicherungsschutz wird somit sofort besorgt.

oder  Beratungsdokumentation gewünscht (**unbedingt** Kontaktdaten für telefonische Beratung angeben) Versicherungsschutz kommt frühestens zu Stande wenn die Beratungsdokumentation vom Versicherungsnehmer unterschrieben bei Enge & Co GmbH eingegangen ist.

Datum: \_\_\_\_\_ (Unterschrift Antragsteller) \_\_\_\_\_ (Unterschrift Vermittler)

Vorname, Name des Versicherungsnehmers  
(wird vom Vermittler ausgefüllt)



Versicherungsnummern(n)

ERGO Versicherungsgruppe AG  
40198 Düsseldorf

### SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

#### Zahlungsempfänger

ERGO Lebensversicherung AG, Überseering 45, 22297 Hamburg  
ERGO Versicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
D.A.S. Rechtsschutz Versicherung AG, Thomas-Dehler-Straße 2, 81737 München  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln  
ERGO Pensionskasse AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG, Überseering 45, 22297 Hamburg  
Victoria Lebensversicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
Europäische Reiseversicherung AG, Rosenheimer Straße 116, 81669 München

#### Gläubiger-ID

DE75ZZZ00000012102  
DE05ZZZ00000012101  
DE32ZZZ00000012100  
DE95ZZZ00000012130  
DE41ZZZ00000012132  
DE14ZZZ00000012133  
DE48ZZZ00000012103  
DE71ZZZ000000190654

Der Kontoinhaber erteilt je Vertrag ein Mandat. Das jeweilige Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird/besteht.

**Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer(n) erhalten Sie nachträglich.

Ich ermächte/Wir ermächtigen die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Der Lastschritteinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

#### Kontoinhaber

Frau  Herr  Firma  
Vorname

Name, Firma

ja  nein

Ich bin Versicherungsnehmer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Das oben angegebene Konto soll zum  1.  8.  16.  24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

# Hinweise und Erläuterungen zum SEPA-Basislastschriftmandat

**1 Interner Vermerk**

**2 Rücksendeadresse**

**3 Gläubiger-Identifikationsnummer**

Diese Kennung weist uns eindeutig als Zahlungsempfänger aus. Unter dieser Nummer sind wir bei der Deutschen Bundesbank registriert.

**4 Mandatsreferenznummer**

Diese Nummer vergeben wir zu Ihrem SEPA-Basislastschriftmandat. Wenn Sie mit uns über den Auftrag sprechen, nennen Sie sie uns bitte.

**5 Kontoinhaber**

Hier tragen Sie bitte Ihre Adresse ein.

Wenn Sie selbst der Versicherungsnehmer sind, kreuzen Sie „ja“ an. Möchten Sie für einen anderen Versicherungsnehmer den Beitrag zahlen, kreuzen Sie „nein“ an.

**6 De-Mail-Adresse**

Eine De-Mail-Adresse garantiert eine einfache, sichere, nachweisbare und schnelle Kommunikation zwischen uns und Ihnen, um vertrauliche Nachrichten und Dokumente austauschen zu können.

**7 Bankdaten**

Hier tragen Sie Ihre IBAN und Ihren BIC ein.

**8 Zahlungsdetails**

Hier können Sie festlegen, an welchem Tag im Monat der Beitrag abgebucht werden soll.

**9 Unterschriftsbereich**

Durch Ihre Unterschrift mit Angabe von Ort und Datum bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben.

**1** DMS 06032

---

Vorname, Name des Versicherungsnehmers  
(wird vom Vermittler ausgefüllt)

Deutsche Post  
ANTWORT

---

Versicherungsnummern(n)

**2** ERGO Versicherungsgruppe AG  
40198 Düsseldorf

### SEPA-Basislastschriftmandat für wiederkehrende Zahlung

**Zahlungsempfänger**  
ERGO Lebensversicherung AG, Überseering 45, 22297 Hamburg  
ERGO Versicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
D.A.S. Rechtsschutz Versicherung AG, Thomas-Dehler-Straße 2, 81737 München  
DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Aachener Straße 300, 50933 Köln  
ERGO Pensionskasse AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
Hamburg-Mannheimer Pensionskasse AG, Überseering 45, 22297 Hamburg  
Victoria Lebensversicherung AG, Victoriaplatz 2, 40477 Düsseldorf  
Europäische Reiseversicherung AG, Rosenheimer Straße 116, 81669 München

**3 Gläubiger-ID**  
DE75ZZZ00000012102  
DE05ZZZ00000012101  
DE32ZZZ00000012100  
DE95ZZZ00000012130  
DE41ZZZ00000012132  
DE14ZZZ00000012133  
DE48ZZZ00000012103  
DE71ZZZ000000190654

Der Kontoinhaber erteilt je Vertrag ein Mandat. Das jeweilige Mandat wird nur dem Zahlungsempfänger erteilt, mit dem ein Vertrag geschlossen wird/besteht.

**4 Mandatsreferenznummer:** Ihre Mandatsreferenznummer(n) erhalten Sie nachträglich.  
Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von den Zahlungsempfängern auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.  
**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.  
Der Lastschrifteinzug wird spätestens fünf Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt.

**5 Kontoinhaber**

Frau  Herr  Firma \_\_\_\_\_  
Vorname

Name, Firma  ja  nein  
Ich bin Versicherungsnehmer

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

**6** De-Mail-Adresse (optionale Angabe)

**7**           
IBAN

**7**      
BIC

**7** Name des Kreditinstituts

**8** Das oben angegebene Konto soll zum  1.  8.  16.  24. des Fälligkeitsmonats belastet werden.

**9** Ort, Datum Unterschrift des Kontoinhabers

**1** DMS 14000