

- ▶ Anforderung eines Versicherungsvorschlages
- ▶ Bedarfsermittlung und Risikoanalyse
- ▶ Informationen zur Privaten Unfall-Versicherung

Bitte erstellen Sie für mich auf Basis der nachfolgenden Angaben

- einen Vorschlag für eine Unfall-Versicherung
 einen Neuordnungsvorschlag für meine bestehende Unfall-Versicherung

Um einen individuellen, Ihren Bedürfnissen entsprechenden Vorschlag erstellen zu können, bitten wir Sie, möglichst alle Fragen umfassend zu beantworten.

Felder die mit einem Stern * gekennzeichnet sind, sind für die Erstellung eines individuellen Vorschlages erforderlich und müssen ausgefüllt werden.

HINWEISE ZUM FORMULAR: Das Formular wird Bestandteil der Beratungsdokumentation für die gewünschte Versicherung.

PERSONENDATEN

Geschlecht: weiblich männlich divers

Akademischer Titel, Vorname, Nachname *

Straße, Nr. *

PLZ, Ort *

Telefon (dienstl./tagsüber) *

Telefon (privat)

Handy

Fax

E-Mail * (Bitte für eine schnelle und umweltfreundliche Kommunikation angeben. Einige Anbieter sehen nur noch die Online-Kommunikation vor. Ohne E-Mail-Adresse können Produkte dieser Anbieter dann leider nicht berücksichtigt werden.)

Internetadresse

Geburtsdatum *

- Familienstand: ledig
 verheiratet
 Lebenspartnerschaft
 eheähnliche Gemeinschaft
 geschieden
 verwitwet

- Kinder: * unter 18 Jahre – Anzahl: _____
 volljährige in Schul-, Berufsausbildung, Studium
– Anzahl: _____
 keine Kinder

BERUFLICHE ANGABEN

Hochschulabschluss als _____

Beruf/aktuelle Tätigkeit *

Beruflicher Status: *

- freiberuflich/selbstständig tätig
 angestellt tätig
 verbeamtet/im Öffentlichen Dienst tätig
 in Ausbildung (PiA)
 studierend
 Ruhestand
 ohne Beschäftigung

Approbation: * nein ja

Tätigkeit auf Basis HPG: nein ja

Ärztliche Ausbildung:

- nein ja, als: _____

VERBANDSMITGLIEDSCHAFT

Mitgliedschaft in folgendem/n Berufs- oder Fachverband/-verbänden

(bitte unbedingt angeben, damit Verbands-Sonderkonzepte berücksichtigt werden können):

Name des Berufs-/Fachverbandes _____ Mitglieds-Nr. _____


Name des Berufs-/Fachverbandes _____ Mitglieds-Nr. _____

Name des Berufs-/Fachverbandes _____ Mitglieds-Nr. _____

Ich bin in keinem Berufs- oder Fachverband

Mitgliedschaft in der Psychotherapeutenkammer Ärztekammer
oder Zahnärztekammer

nein ja – Bundesland: _____

weiter auf nächster Seite 

Risikoanalyse und Bedarfsermittlung für die Private Unfall-Versicherung

ALLGEMEINE RISIKODATEN

Zu versichernde Personen

1. Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein – die Person soll nicht versichert werden		
	Akad. Titel, Vorname, Nachname: _____	Geburtsdatum: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d
	aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____		
Beruflicher Status: <input type="checkbox"/> freiberuflich/selbstständig tätig <input type="checkbox"/> angestellt tätig <input type="checkbox"/> verbeamtet/im Öffentlichen Dienst tätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung (PiA) <input type="checkbox"/> studierend <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung			
2. Person	Akad. Titel, Vorname, Nachname: _____		
	Geburtsdatum: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	
	aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____		
Beruflicher Status: <input type="checkbox"/> freiberuflich/selbstständig tätig <input type="checkbox"/> angestellt tätig <input type="checkbox"/> verbeamtet/im Öffentlichen Dienst tätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung (PiA) <input type="checkbox"/> studierend <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> _____			
3. Person	Akad. Titel, Vorname, Nachname: _____		
	Geburtsdatum: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	
	aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____		
Beruflicher Status: <input type="checkbox"/> freiberuflich/selbstständig tätig <input type="checkbox"/> angestellt tätig <input type="checkbox"/> verbeamtet/im Öffentlichen Dienst tätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung (PiA) <input type="checkbox"/> studierend <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> _____			
4. Person	Akad. Titel, Vorname, Nachname: _____		
	Geburtsdatum: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d	
	aktuell ausgeübte Tätigkeit: _____		
Beruflicher Status: <input type="checkbox"/> freiberuflich/selbstständig tätig <input type="checkbox"/> angestellt tätig <input type="checkbox"/> verbeamtet/im Öffentlichen Dienst tätig <input type="checkbox"/> in Ausbildung (PiA) <input type="checkbox"/> studierend <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Ruhestand <input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung <input type="checkbox"/> _____			

HINWEIS: Für die Mitversicherung weiterer Personen nutzen Sie bitte ein zweites Formular.

Empfohlene Mindestabsicherung:

Invaliditätsgrundsumme	100.000 EUR
Progression	500 %
Leistung bei Vollinvalidität	500.000 EUR
Todesfalleistung	10.000 EUR
Krankenhaustagegeld	50 EUR
Genesungsgeld	50 EUR
Bergungskosten	30.0000 EUR
Kosmetische Operationen	30.0000 EUR

Höhe der Versicherungssumme (Faustformel): Für Erwachsene bis zum 40. Lebensjahr sollte die Vollinvaliditätsleistung bei mindestens 6 Jahres-Brutto-Gehältern liegen. Bei älteren Erwachsenen sollte diese mindestens 3 bis 4 Jahres-Brutto-Gehältern entsprechen. Für individuellere Ermittlungen sprechen Sie uns bitte an.

Empfohlene Zusatzabsicherung und Einschlüsse (Auswahl):

Kurkosten	1.000 EUR
Erhöhte Gliedertaxe für Stimme	ja
Erhöhte Gliedertaxe für Auge	ja
Erhöhte Gliedertaxe für Ohr	ja
Erhöhte Gliedertaxe für Hand/Finger (bei Ärzten)	ja
Mitwirkungsanteil	min. 50 %
Sofortleistungen bei schweren Unfällen	10.000 EUR
Mitversicherung Eigenbewegungen und erhöhte Kraftanstrengungen	ja
Invaliditätsgrad bei vollständigem Stimmverlust	100 %
Impfschäden	ja
Bewusstseinsstörungen durch Medikamente etc.	ja
Mitversicherung von Infektionen	ja

Versicherung von Kindern: Die vereinbarte Invaliditätsgrundsumme sollte mindestens 100.000 EUR bei einer Progressionsstaffel von mindestens 500 % betragen. Zusätzlich ist hier die Versicherung einer lebenslangen Unfallrente in Höhe von 3.000 EUR zu empfehlen. Dies ist besonders wichtig, wenn Kinder nach einem schweren Unfall keine Schul- und Berufsausbildung sowie spätere Berufstätigkeit aufnehmen können. Ergänzend sollten Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit getroffen werden, sobald dies möglich ist, da die Erwerbsfähigkeit auch durch Krankheiten gemindert werden kann.

PC3-028-02

SPEZIFISCHE FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSBEDARF

Gewünschte Leistungsparameter für die Unfall-Versicherung

Bitte beachten Sie die Informationen zur Unfall-Versicherung in **Anlage 1** dieser Vorschlagsanforderung!

Definieren Sie hier den von Ihnen gewünschten Versicherungsumfang für Ihre individuelle Absicherung.

HINWEISE:

- Die Angaben zu den grün unterlegten Feldern sind für die Erstellung eines Angebotes als Mindestvorgaben zwingend erforderlich (Pflichtfelder)
- Füllen Sie nur die Pflichtfelder aus, ist nicht sichergestellt, dass die Absicherung Ihrem individuellen Bedarf entspricht. Im Leistungsfall könnten Deckungslücken vorhanden sein.

Leistungsparameter	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Invaliditätsgrundsumme	EUR	EUR	EUR	EUR
Progression	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> min. 225 % <input type="checkbox"/> min. 350 % <input type="checkbox"/> min. 500 % <input type="checkbox"/> min. 600 % <input type="checkbox"/> _____ %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> min. 225 % <input type="checkbox"/> min. 350 % <input type="checkbox"/> min. 500 % <input type="checkbox"/> min. 600 % <input type="checkbox"/> _____ %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> min. 225 % <input type="checkbox"/> min. 350 % <input type="checkbox"/> min. 500 % <input type="checkbox"/> min. 600 % <input type="checkbox"/> _____ %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> min. 225 % <input type="checkbox"/> min. 350 % <input type="checkbox"/> min. 500 % <input type="checkbox"/> min. 600 % <input type="checkbox"/> _____ %
Mehrleistungssystem	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> ab 70 % <input type="checkbox"/> ab 75 % <input type="checkbox"/> ab 90 %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> ab 70 % <input type="checkbox"/> ab 75 % <input type="checkbox"/> ab 90 %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> ab 70 % <input type="checkbox"/> ab 75 % <input type="checkbox"/> ab 90 %	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> ab 70 % <input type="checkbox"/> ab 75 % <input type="checkbox"/> ab 90 %
Todesfalleistung	EUR	EUR	EUR	EUR
Krankenhaustagegeld	EUR	EUR	EUR	EUR
Genesungsgeld	EUR	EUR	EUR	EUR
Unfalltagegeld	_____ EUR <input type="checkbox"/> ab 1. Tag <input type="checkbox"/> ab 8. Tag <input type="checkbox"/> ab 15. Tag <input type="checkbox"/> ab 29. Tag <input type="checkbox"/> ab 43. Tag	_____ EUR <input type="checkbox"/> ab 1. Tag <input type="checkbox"/> ab 8. Tag <input type="checkbox"/> ab 15. Tag <input type="checkbox"/> ab 29. Tag <input type="checkbox"/> ab 43. Tag	_____ EUR <input type="checkbox"/> ab 1. Tag <input type="checkbox"/> ab 8. Tag <input type="checkbox"/> ab 15. Tag <input type="checkbox"/> ab 29. Tag <input type="checkbox"/> ab 43. Tag	_____ EUR <input type="checkbox"/> ab 1. Tag <input type="checkbox"/> ab 8. Tag <input type="checkbox"/> ab 15. Tag <input type="checkbox"/> ab 29. Tag <input type="checkbox"/> ab 43. Tag
Bergungskosten	EUR	EUR	EUR	EUR
Kosmetische Operationen	EUR	EUR	EUR	EUR
lebenslange monatliche Unfallrente	EUR	EUR	EUR	EUR
Übergangsleistung	EUR	EUR	EUR	EUR
Kurkosten	<input type="checkbox"/> min. 1.000 EUR <input type="checkbox"/> min. 3.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 1.000 EUR <input type="checkbox"/> min. 3.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 1.000 EUR <input type="checkbox"/> min. 3.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 1.000 EUR <input type="checkbox"/> min. 3.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR
Sofortleistungen bei schweren Verletzungen	<input type="checkbox"/> min. 2.000 EUR <input type="checkbox"/> min. 6.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 2.000 EUR <input type="checkbox"/> min. 6.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 2.000 EUR <input type="checkbox"/> min. 6.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 2.000 EUR <input type="checkbox"/> min. 6.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	<input type="checkbox"/> min. 1.500 EUR <input type="checkbox"/> min. 5.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 1.500 EUR <input type="checkbox"/> min. 5.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 1.500 EUR <input type="checkbox"/> min. 5.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR	<input type="checkbox"/> min. 1.500 EUR <input type="checkbox"/> min. 5.000 EUR <input type="checkbox"/> _____ EUR
Erhöhung Gliedertaxe	<input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Sehverlust (ein Auge) <input type="checkbox"/> Hörverlust (ein Ohr) <input type="checkbox"/> Finger/Hand <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Sehverlust (ein Auge) <input type="checkbox"/> Hörverlust (ein Ohr) <input type="checkbox"/> Finger/Hand <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Sehverlust (ein Auge) <input type="checkbox"/> Hörverlust (ein Ohr) <input type="checkbox"/> Finger/Hand <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Stimme <input type="checkbox"/> Sehverlust (ein Auge) <input type="checkbox"/> Hörverlust (ein Ohr) <input type="checkbox"/> Finger/Hand <input type="checkbox"/> _____

PC3-028-02

Leistungsparameter	1. Person	2. Person	3. Person	4. Person
Eintrittsfrist Invalidität	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate
Feststellungsfrist Invalidität	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 36 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 36 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 36 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 36 Monate
Anmeldefrist Invalidität	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 36 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 36 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 36 Monate	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/> 18 Monate <input type="checkbox"/> 24 Monate <input type="checkbox"/> 36 Monate
Verzicht Mitwirkungsanteil	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> mind. 25 % <input type="checkbox"/> mind. 50 % <input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> mind. 25 % <input type="checkbox"/> mind. 50 % <input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> mind. 25 % <input type="checkbox"/> mind. 50 % <input type="checkbox"/> 100 %	<input type="checkbox"/> unwichtig <input type="checkbox"/> mind. 25 % <input type="checkbox"/> mind. 50 % <input type="checkbox"/> 100 %
Verzicht auf eine Gesundheitsprüfung	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig	<input type="checkbox"/> wichtig <input type="checkbox"/> unwichtig
Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen infolge	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Schlaganfall/Herzinfarkt
Vergiftungen durch	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Dämpfe und Gase <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Dämpfe und Gase <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Dämpfe und Gase <input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel <input type="checkbox"/> Dämpfe und Gase <input type="checkbox"/> sonstige
Infektionen	<input type="checkbox"/> durch geringfügige Verletzungen <input type="checkbox"/> durch Insektenstiche <input type="checkbox"/> durch Impfung <input type="checkbox"/> Infektions-Krankheiten <input type="checkbox"/> Tollwut und Wundstarrkrampf	<input type="checkbox"/> durch geringfügige Verletzungen <input type="checkbox"/> durch Insektenstiche <input type="checkbox"/> durch Impfung <input type="checkbox"/> Infektions-Krankheiten <input type="checkbox"/> Tollwut und Wundstarrkrampf	<input type="checkbox"/> durch geringfügige Verletzungen <input type="checkbox"/> durch Insektenstiche <input type="checkbox"/> durch Impfung <input type="checkbox"/> Infektions-Krankheiten <input type="checkbox"/> Tollwut und Wundstarrkrampf	<input type="checkbox"/> durch geringfügige Verletzungen <input type="checkbox"/> durch Insektenstiche <input type="checkbox"/> durch Impfung <input type="checkbox"/> Infektions-Krankheiten <input type="checkbox"/> Tollwut und Wundstarrkrampf
Sonstige Einschlüsse	<input type="checkbox"/> Erfrierungen <input type="checkbox"/> tauchtypische Schäden <input type="checkbox"/> Eigenbewegung <input type="checkbox"/> Bauch- und Unterleibsbrüche <input type="checkbox"/> Brüche und Frakturen	<input type="checkbox"/> Erfrierungen <input type="checkbox"/> tauchtypische Schäden <input type="checkbox"/> Eigenbewegung <input type="checkbox"/> Bauch- und Unterleibsbrüche <input type="checkbox"/> Brüche und Frakturen	<input type="checkbox"/> Erfrierungen <input type="checkbox"/> tauchtypische Schäden <input type="checkbox"/> Eigenbewegung <input type="checkbox"/> Bauch- und Unterleibsbrüche <input type="checkbox"/> Brüche und Frakturen	<input type="checkbox"/> Erfrierungen <input type="checkbox"/> tauchtypische Schäden <input type="checkbox"/> Eigenbewegung <input type="checkbox"/> Bauch- und Unterleibsbrüche <input type="checkbox"/> Brüche und Frakturen
Zusatzleistungen	<input type="checkbox"/> ambulante Reha-Leistungen <input type="checkbox"/> Weiterversicherung bei Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Rooming-In <input type="checkbox"/> Umschulungsmaßnahmen <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Nachhilfeunterricht <input type="checkbox"/> Schulausfallgeld <input type="checkbox"/> Assistanceleistungen <input type="checkbox"/> Bedingungsupdate <input type="checkbox"/> Privatpatient im Krankenhaus nach einem Unfall (ggfs. separater Vertrag)	<input type="checkbox"/> ambulante Reha-Leistungen <input type="checkbox"/> Weiterversicherung bei Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Rooming-In <input type="checkbox"/> Umschulungsmaßnahmen <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Nachhilfeunterricht <input type="checkbox"/> Schulausfallgeld <input type="checkbox"/> Assistanceleistungen <input type="checkbox"/> Bedingungsupdate <input type="checkbox"/> Privatpatient im Krankenhaus nach einem Unfall (ggfs. separater Vertrag)	<input type="checkbox"/> ambulante Reha-Leistungen <input type="checkbox"/> Weiterversicherung bei Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Rooming-In <input type="checkbox"/> Umschulungsmaßnahmen <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Nachhilfeunterricht <input type="checkbox"/> Schulausfallgeld <input type="checkbox"/> Assistanceleistungen <input type="checkbox"/> Bedingungsupdate <input type="checkbox"/> Privatpatient im Krankenhaus nach einem Unfall (ggfs. separater Vertrag)	<input type="checkbox"/> ambulante Reha-Leistungen <input type="checkbox"/> Weiterversicherung bei Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Rooming-In <input type="checkbox"/> Umschulungsmaßnahmen <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> Nachhilfeunterricht <input type="checkbox"/> Schulausfallgeld <input type="checkbox"/> Assistanceleistungen <input type="checkbox"/> Bedingungsupdate <input type="checkbox"/> Privatpatient im Krankenhaus nach einem Unfall (ggfs. separater Vertrag)

Unfall-Versicherung im Kontext der Arbeitskraftabsicherung

Unfall-Versicherung im Kontext der

Arbeitskraftabsicherung: Die Unfall-Versicherung kann Einschränkungen im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit/Sicherung der Arbeitskraft und damit Einkommensverluste nur teilweise absichern.



Bei der Absicherung der Arbeitskraft steht ein leistungsfähiger Berufsunfähigkeitsschutz an erster Stelle, da dieser die umfassendste Absicherung bietet. Wenn dieser aus gesundheitlichen oder finanziellen Gründen nicht möglich ist und/oder zur Ergänzung dieser Absicherung stehen weitere Alternativen zur Verfügung. Im Wesentlichen sind dies die nebenstehend genannten Produkte, zu denen Sie auf Wunsch ebenfalls individuell beraten werden.

Ich möchte zur Arbeitskraftabsicherung weitergehend beraten werden zur:

- Berufsunfähigkeits-Versicherung ja nein
- Erwerbsunfähigkeits-Versicherung ja nein
- Dread-Disease-Versicherung (Schwere Krankheiten-Vorsorge) ja nein
- Grundfähigkeits-Versicherung ja nein
- Multi-Risk-Versicherung (Funktionsinvaliditäts-Versicherung) ja nein
- Krankenzusatz-Versicherung ja nein
 ambulant stationär Zahn Pflege Krankentagegeld
- private Kranken-Vollversicherung ja nein
- Betriebskosten- und Ertragsausfall-Versicherung (Praxisunterbrechungs-Versicherung) ja nein

Weitere Vertragsdetails

Gewünschter Versicherungsbeginn: _____

Gewünschte Zahlweise:

- jährlich halbjährlich vierteljährlich monatlich (oft nur Lastschrift möglich)

HINWEIS: Bei unterjährigen Zahlweisen werden oft Zuschläge fällig.

Gewünschte Art der Zahlung:

- Lastschrift
 Überweisung/auf Rechnung

HINWEIS: Einige Anbieter sehen nur noch die Beitragszahlung per Lastschrift vor. Sollte die Überweisung gewünscht/notwendig sein, können diese Anbieter dann nicht berücksichtigt werden.

ANGABEN ÜBER VORVERSICHERUNGEN, BESTEHENDE BZW. BEANTRAGTE VERSICHERUNGEN

Vorhandener bzw. bisheriger Versicherungsschutz

	Vorversicherung?	Versicherungsgesellschaft	Gekündigt	Kündigung erfolgte durch
1.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer_in <input type="checkbox"/> Gesellschaft
2.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer_in <input type="checkbox"/> Gesellschaft
3.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer_in <input type="checkbox"/> Gesellschaft
4.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer_in <input type="checkbox"/> Gesellschaft

Vorschäden

Gab es Vorschäden bzw. sind solche bekannt?

HINWEIS: Sollte der Platz für Ihre Informationen nicht ausreichen, verwenden Sie ein Zusatzblatt und senden Sie dieses dann an uns.

Person 1: nein ja – Bitte angeben: Schadendatum, Schadenursache, Schadenhöhe

PC3-028-02

Person 2: nein ja – Bitte angeben: Versicherungsart, Schadendatum, Schadenursache, Schadenhöhe

Person 3: nein ja – Bitte angeben: Versicherungsart, Schadendatum, Schadenursache, Schadenhöhe

Person 4: nein ja – Bitte angeben: Versicherungsart, Schadendatum, Schadenursache, Schadenhöhe

Wünschen Sie weitere private oder geschäftliche Absicherungen, wie z. B.:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inventar-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Elektronik-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Cyber-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Gebäude-Versicherung <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Praxis/Firma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Rechtsschutz-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Privathaftpflicht-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Hausrat-Versicherung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

HINWEIS ZU GGFS. BEREITS BESTEHENDEN VERSICHERUNGEN: Vorhandene Versicherungen bei anderen Anbietern wurden vielfach seit dem Abschluss (oft liegt dieser bereits mehrere Jahre zurück) nicht mehr überprüft. Da heutige Produkte i. d. R. eine umfassendere Absicherung bieten, sind bestehende Versicherungen meist veraltet und weisen Deckungslücken auf.



Wir empfehlen deshalb eine Überprüfung der bestehenden Verträge. Nutzen Sie unseren Service in diesem Bereich und lassen Sie Ihren Vertrag von uns kostenfrei überprüfen.

- nein, ich wünsche explizit keine Überprüfung
 ja, ich möchte Ihren Service nutzen. Kontaktieren Sie mich hierzu.

Wünschen Sie Beratung zu folgenden Themen/Bereichen:

- Altersvorsorge privat betrieblich Kapitalanlage
 Existenzgründungs-Beratung Sonstige Themen: _____
 Finanzierungen geschäftlich privat
 Eröffnung eines Kontos geschäftlich privat

Weitere ergänzende Informationen folgen

- per E-Mail an mail@psycura.de per Fax an 030-20 91 66 555 per Post an unten stehende Adresse

- Die Informationen über die PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH nach §15 VersVermV und nach § 12 Abs. 1 FinVermV (Bestandteil der Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. *
- Die Hinweise zum Datenschutz (Bestandteil der Vorschlagsanforderung) habe ich erhalten und zur Kenntnis genommen. *
- Ich bestätige mit der Absendung der Anforderung bzw. durch Unterschrift, dass alle Angaben von mir nach bestem Wissen und Gewissen gemacht wurden. Ich bin mir bewusst, dass falsche oder unzureichende Angaben zum Verlust des Versicherungsschutzes oder zu nicht ausreichendem Versicherungsschutz führen können.
- Ja, ich möchte ab sofort über aktuelle Vorteilsangebote, Produktneuerungen, Dienstleistungen und Neuigkeiten der PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH schriftlich, telefonisch oder per E-Mail (Newsletter) informiert werden. Dieser Service ist kostenlos. Er kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen werden.

Datum _____

X

Unterschrift (sofern Zusendung per Fax/Post erfolgt) _____

Direktversand per E-Mail

Jetzt sofort an die PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH senden:
mail@psycura.de

Versand per Post oder Fax

Bitte Formular ausdrucken und per Fax an **030 - 20 91 66 555**
 oder per Post an unten stehende Adresse senden.

WICHTIGE INFORMATIONEN ZUR UNFALL-VERSICHERUNG UND DEN LEISTUNGSARTEN

Die folgenden Erläuterungen stellen eine Kurzübersicht zu den wichtigsten Themen rund um die Private Unfall-Versicherung dar. Die Ausführungen beschreiben gängige Leistungen und Regelungen der Privaten Unfall-Versicherung, gelten aber nicht pauschal oder verbindlich für die Produkte aller Anbieter am Markt. Ausschlaggebend für den letztendlichen Versicherungsschutz nach Abschluss eines Vertrages sind die dem jeweils gewählten Produkt zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen und Tarife.

! = **Einschluss unbedingt empfohlen**

Unfallbegriff: Die Private Unfall-Versicherung bietet weltweit und rund um die Uhr Versicherungsschutz bei einem Unfall. Gemäß den Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) liegt dann ein Unfall vor wenn die versicherte Person durch ein

- plötzlich
- von außen auf ihren Körper einwirkendes
- Ereignis
- unfreiwillig
- eine Gesundheitsschädigung erleidet.

In modernen Bedingungswerken gilt ein erweiterter Unfallbegriff. Danach können z. B. auch Körperschädigungen durch erhöhte Kraftanstrengungen, Erfrierungen, Sonnenstich, Impfschäden, Infektionen durch Zeckenbiss oder Tauchschäden unter den Versicherungsschutz fallen.

Invalidität: Als Versicherungsfall (Invalidität) in der Unfall-Versicherung zählt die unfallbedingte, dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit.

Invaliditätsgrundsumme: Die Grundinvaliditätssumme stellt die Basis für die Ermittlung der Entschädigungsleistung bei dauernder Einschränkung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dar. Welche Leistung (Invaliditätssumme) bei Eintritt von Invalidität fällig wird, hängt von der ermittelten Einschränkung der Leistungsfähigkeit und der vereinbarten Progression bzw. dem Mehrleistungssystem ab. Die Feststellung des Invaliditätsgrades erfolgt auf Basis der im Vertrag vereinbarten Glieder-taxe und/oder von ärztlichen Gutachten. Eine mehr als 100 %ige Invalidität (z. B. bei Schädigung mehrerer Körperteile) ist nicht möglich.

! **Progression:** Mit Vereinbarung einer Progression wird sichergestellt, dass die Leistungen bei höheren Invaliditätsgraden überproportional höher ausfallen. Die progressive (nicht-lineare) Steigerung der Leistungen führt dadurch zu vergleichsweise hohen Auszahlungen bei schwerwiegenden unfallbedingten Beeinträchtigungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Erhöhte Leistungen aus der Progression greifen dabei in Stufen meist bereits ab Invaliditätsgraden von 25 %.

Mehrleistungssystem: Zur Leistungsoptimierung bei sehr hohen Invaliditätsgraden wird teilweise eine Mehrleistungsklausel angeboten. Im Gegensatz zur Progression werden erhöhte Leistungen hier erst ab Invaliditätsgraden von 80 % oder 90 % fällig. Partiiell gibt es Kombinationen aus Progressions- und Mehrleistungssystemen.

! **Todesfalleistung:** Führt ein Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod, erfolgt die Auszahlung der Todesfalleistung. Die vereinbarte Summe dient in erster Linie der Deckung der direkten Kosten, welche durch den Todesfall entstehen und sollte nicht als Ersatz für anderweitige Absicherungen (z. B. Risikolebens-Versicherung) angesehen werden.

! **Kosmetische Operationen:** Sind kosmetische Operationen notwendig, um unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben, leistet die Unfall-Versicherung bis zum vereinbarten Betrag, wenn keine Kostenerstattungspflicht durch andere Leistungsträger (z. B. Krankenkasse) besteht. Die Kostenübernahme erstreckt sich auf Arzthonorare, sonstige Kosten der kosmetischen Operation, Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik sowie je nach Versicherer auch Zahnbehandlung und Zahnersatz bei Verlust oder Beschädigung von Schneide- und Eckzähnen.

! **Bergungskosten:** Versichert sind die nach einem Unfall anfallenden Kosten für die Suche, Rettung oder Bergung einer verletzten Person. Ebenso werden Kosten für den Transport der verletzten Person in das nächste Krankenhaus, für deren Heimtransport oder für eine Überführung einer/eines Unfalltoten zum letzten ständigen Wohnsitz übernommen.

! **Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld:** Erfolgt ein unfallbedingter und medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausaufenthalt, leistet die Unfall-Versicherung für die Dauer des Aufenthalts die vereinbarte Tagespauschale (bis zu 2 oder mehr Jahren). Ist zusätzlich ein Genesungsgeld vereinbart, erfolgt nach Entlassung aus der stationären Behandlung die zusätzliche Zahlung der vereinbarten Tagespauschale für die gleiche Anzahl der Tage, die der stationäre Aufenthalt dauerte (jedoch meist nicht länger als 100 Tage). Teilweise wird das Genesungsgeld auch gestaffelt gezahlt (z. B. 1.–10. Tag 100 %; 11.–25. Tag 50 %; 26.–100. Tag 25 %).

Unfalltagegeld: Die Zahlung eines Unfalltagegeldes erfolgt für die Dauer der ärztlichen Behandlung der Arbeitsunfähigkeit (auch nicht-stationär) nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit. Für eine umfassendere Absicherung, die auch nicht-unfallbedingte Ursachen abdeckt, empfiehlt sich statt einer Mitversicherung des Unfalltagegeldes grundsätzlich der Abschluss einer separaten Kranken-Tagegeld-Versicherung.

Unfallrente: Führt ein Unfall zu einer dauerhaften Invalidität von mindestens 50 %, wird die Unfallrente gemäß abgesicherter Höhe bis zum vereinbarten Rentenende (meist lebenslang) gezahlt. Auch hier sind weiterführende Versicherungslösungen (Berufsunfähigkeits-Versicherung, Grundfähigkeits-Versicherung, Multi-Renten-Produkte, Pflege-Versicherung, etc.) als Alternativen für eine ganzheitlichere Absicherung vorzuziehen.

Übergangsleistung: Besteht 6 Monate nach einem Unfall und ununterbrochen seit dem Unfall noch eine körperliche oder geistige Beeinträchtigung von mehr als 50 %, ohne dass die endgültige medizinische Feststellung des Invaliditätsgrades abgeschlossen ist, wird die vereinbarte Übergangsleistung an die versicherte Person ausgeschüttet, um die Wartezeit bis zur endgültigen Feststellung der Leistungen zu überbrücken.

Sofortleistungen: Sofortleistungen werden bei besonders schweren Unfallverletzungen (z.B. Querschnittslähmungen) unmittelbar ausgezahlt. In der Regel erfolgt die Zahlung der Sofortleistung zusätzlich zur Invaliditätsleistung und wird nicht mit dieser verrechnet.

Gliedertaxe: In der Gliedertaxe sind für den Verlust bzw. den vollständigen Funktionsverlust bestimmter Gliedmaßen und Sinnesorgane konkrete Invaliditätsgrade festgesetzt. In den meisten Fällen ist die Gliedertaxe das Hauptkriterium zur Ermittlung des Invaliditätsgrades. Durch eine verbesserte Gliedertaxe bzw. spezielle Gliedertaxen z.B. für Mediziner/Heilwesenerufe wird für den Verlust bzw. den vollständigen Funktionsverlust bestimmter Gliedmaßen und Sinnesorgane ein erhöhter Invaliditätsgrad festgelegt, was zu höheren Leistungen führt.

Meldefristen: Voraussetzung für Leistungen bei unfallbedingter (Teil-)Invalidität ist die Einhaltung der folgenden Fristen:

1. Meldefrist Schaden: Bei Eintritt eines Schadens (Unfalls) sollte der Versicherer umgehend informiert werden. Viele Versicherer stellen für die Anzeige 24-Stunden-Hotlines zur Verfügung oder lassen Anzeigen auch per Fax oder E-Mail zu. Angezeigt werden kann der Schaden auch beim betreuenden Makler. Als gängige Anzeigefrist gelten 48 Stunden. Ist die Anzeige nicht umgehend möglich, gelten gesonderte Fristen. Wurde nach einem Unfall nicht umgehend medizinische Versorgung durch einen Arzt beansprucht, kann der Versicherungsschutz auch entfallen (Obliegenheit). Die Anzeigefrist von 48 Stunden (ab Kenntnis) gilt auch für den Todesfall.

2. Eintrittsfrist Invalidität: Die durch den Unfall verursachte (Teil-)Invalidität muss innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nach dem Unfall eingetreten sein.

3. Feststellung und Geltendmachung Invalidität: Die durch den Unfall verursachte (Teil-)Invalidität muss meist innerhalb eines Jahres ärztlich festgestellt und beim Versicherer angezeigt worden sein.

In leistungsstarken modernen Versicherungstarifen bestehen für die Punkte 2 und 3 deutlich längere Fristen (bis 24 Monate Eintrittsfrist bzw. bis 36 Monate Geltendmachung).

Mitwirkungsanteil: Der Mitwirkungsanteil legt fest, inwieweit bereits bestehende Krankheiten, Gebrechen, Schädigungen oder Einschränkungen an einem Unfall und dessen Folgen mitgewirkt haben dürfen, ohne dass es zu Leistungskürzungen kommt. Je höher der in den Bedingungen genannte Wert ist, umso weniger werden bereits vorhandene Einschränkungen angerechnet. Die leistungsfähigsten Tarife sehen keine Anrechnung mehr vor.

Kapitalwahlrecht: Verschiedene Anbieter zahlen die Invaliditätsleistung ab einem bestimmten Alter (meist 65) nur als Rente aus. Möglich ist bei vielen Anbietern jedoch auch die Wahl der einmaligen Kapitalzahlung in einem höheren Alter.

Bewusstseinsstörungen: Durch Bewusstseinsstörungen verursachte Unfälle sind grundsätzlich zunächst vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Im Einzelnen betrifft dies Bewusstseinsstörungen infolge von Alkoholkonsum, der ärztlich verordneten Einnahme von Medikamenten oder infolge von Schlaganfällen, Herzinfarkten, epileptischer Anfälle und Krampfanfällen. In leistungsstarken Tarifen sind diese Ursachen jedoch mitversichert.

Erweiterung des Unfallbegriffs: In modernen Bedingungswerken werden weitere Ereignisse als Unfall angesehen. Hierzu gehören u.a. die nachfolgend aufgeführten Ereignisse, die nach der klassischen Unfalldefinition kein Unfall wären.

Vergiftungen: Die Mitversicherung von Vergiftungen (z.B. durch Nahrungsmittel) ist vielfach möglich. Nicht versichert bleiben dabei Vergiftungen durch nicht ärztlich verordnete Medikamente oder illegale Drogen.

Infektionen: Bei vielen Versicherern wurden Infektionen je nach Auslöser mit in den Versicherungsschutz aufgenommen.

! Eigenbewegung: Unfälle, die nicht durch einen äußeren Einfluss sondern eigene körperliche Bewegungen verursacht werden, sind zunächst nur bei erhöhter Kraftanstrengung versichert. Normale Eigenbewegungen (z.B. Umknicken beim Laufen) können zusätzlich mitversichert werden.

! Versehensklausel: Ist eine Versehensklausel vereinbart, wird die Versicherungsleistung bei versehentlicher Verletzung von Obliegenheiten (z.B. verspätete Hinzuziehung eines Arztes bei zunächst geringfügig erscheinenden Verletzungen) nicht gekürzt.

Rooming-In: Bei stationärem Aufenthalt eines versicherten Kindes werden die Kosten für die Unterbringung eines Elternteils im gleichen Krankenzimmer oder in einem Extrazimmer übernommen.

Assistanceleistungen: Als Erweiterung zu vielen Produkten können sogenannte Assistanceleistungen mitversichert werden, die bei einer unfallbedingten eingeschränkten Mobilität bzw. Hilfsbedürftigkeit Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags bieten (z.B. Einkaufsservice). Diese Leistungen können nach Abschluss der medizinischen Akut- bzw. Anschlussbehandlung in Anspruch genommen werden und sind in der Regel zeitlich begrenzt auf 6 oder 12 Monate.

Gesundheitsprüfung: Im Gegensatz zu anderen Versicherungen wird in der Privaten Unfall-Versicherung von den meisten Versicherern auf eine ausführliche und detaillierte Gesundheitsprüfung vor Antragsannahme verzichtet. Beantwortet werden müssen meist nur sehr wenige allgemeine Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand und zu bereits erlittenen Unfällen, da Vorerkrankungen in der Regel weniger Einfluss auf Unfälle und ihre Folgen haben (siehe Mitwirkungsanteil).

! Bedingungsupdate/Innovationsklausel: Zukünftige, beitragsneutrale Bedingungsverbesserungen werden automatisch Bestandteil des Vertrages.

Privatpatient_in im Krankenhaus nach einem Unfall: Unfälle sind oft mit schweren Verletzungen verbunden. Für eine optimale Versorgung und eine schnelle Wiederherstellung ist eine Zusatzversicherung sinnvoll, die sowohl die Unterbringung im 1- oder 2-Bettzimmer als auch die privatärztliche Behandlung absichert. Diese Absicherung ist häufig über einen separaten Vertrag bei einem privaten Kranken-Versicherer möglich. Da die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in einer Reihe von Bereichen nur eine Basisabsicherung bietet, ist es sinnvoll über einen umfassenden Ergänzungsschutz oder wenn möglich einen Wechsel in die private Kranken-Versicherung zu sprechen.

Maklerinformationen

Anschrift & Erreichbarkeit:

PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH
Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin
Telefon: 030 - 20 91 66 513
Telefax: 030 - 20 91 66 555
E-Mail: mail@psycura.de
Internet: www.psycura.de

Geschäftsführer: Dr. Michael Marek

Handelsregister: HR-Nummer: HRB 12 10 60
Zuständiges Amtsgericht: Berlin-Charlottenburg

Steuernummer: 065/247/04038

Tätigkeiten gemäß Gewerbeordnung (Status):

- (1) Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 GewO (Versicherungsmakler_in)
- (2) Erlaubnis nach § 34f Abs. 1 GewO, Nr. 1, Nr. 2, Nr. 3 (Finanzanlagenvermittlung)
- (3) Erlaubnis nach § 34c Abs.1 GewO (Darlehensvermittlung, Immobilienvermittlung)
- (4) Erlaubnis nach § 34i Abs. 1 GewO (Immobilendarlehensvermittlung)

Ausstellende Behörde:

- zu (1) Industrie- und Handelskammer Berlin,
Fasanenstraße 85, 10623 Berlin
- zu (2), (3) und (4) Bezirksamt Mitte von Berlin, Abt. Stadtentwicklung, Bauen, Wirtschaft und Ordnung,
Karl-Marx-Allee 31, 10178 Berlin

Zentrales Vermittlerregister:

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.
Breite Straße 29, 10178 Berlin
Telefon: 0180 - 600 58 50 (Festnetzpreis: 0,20 € pro Anruf;
Mobilfunkpreise maximal 0,60 €/Anruf)
Registerabruf: www.vermittlerregister.info

Die PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH ist registriert als:

- **Versicherungsmakler** gem. § 34d GewO unter der Registernummer **D-6DQ-GSGJB-31**
- **Finanzanlagenvermittler** gem. § 34f GewO unter der Registernummer **D-F-107-458V-61**
- **Immobilendarlehensvermittler** gem. § 34i GewO unter der Registernummer **D-W-107-VL55-21**

Informationen über Emittenten und Anbieter, zu deren Finanzanlagen Vermittlungs- oder Beratungsleistungen angeboten werden können:

Vermittelt und beraten werden kann grundsätzlich zu Finanzanlagen aus der gesamten Breite des in Deutschland bestehenden Marktes soweit dies im Rahmen der behördlichen Zulassung als Finanzanlagenvermittler/-berater gem. § 34f GewO zulässig ist. Ggfs. konzentrieren wir uns im Rahmen unserer Beratungs- und Vermittlungstätigkeit auf ausgewählte Anbieter/Emittenten. Informationen hierzu finden Sie auf unserer Webseite.

Informationen über die Vergütung bei der Finanzanlagenberatung und -vermittlung:

Im Zusammenhang mit der Anlageberatung oder -vermittlung kann die Vergütung hierfür ausschließlich durch den Anleger oder durch Dritte (Produktgeber) oder durch beide in Kombination erfolgen. Dies ist abhängig von den Wünschen und Bedürfnissen des Anlegers und den Finanzprodukten, welche eventuell vermittelt werden.

Soweit die Vergütungsbestandteile durch den Anleger gezahlt werden, erfolgt dies entsprechend einer gesondert zu treffenden Vergütungsvereinbarung. Soweit Zuwendungen im Zusammenhang mit der Anlageberatung oder -vermittlung insofern von Dritten (Produktgebern) erbracht werden, dürfen diese behalten werden.

Schlichtungsstellen:

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

- Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin, www.versicherungsombudsmann.de
- Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 060222, 10052 Berlin, www.pkv-ombudsmann.de
- Ombudsstelle für Investmentfonds des BVI, Unter den Linden 42, 10117 Berlin, www.ombudsstelle-investmentfonds.de
- Ombudsstelle Geschlossene Fonds, Invalidenstr. 35, 10115 Berlin, www.ombudsstelle-gfonds.de
- Online Streitbeilegung gemäß Artikel 14 Abs. 1 ODR-VO: Die Europäische Union stellt eine Plattform zur Online-Streitbeilegung (OS-Plattform) bereit: ec.europa.eu/consumers/odr

Ergänzende Informationen

Beratung und Vermittlung von Versicherungen:

Es wird eine Beratung angeboten. Für die Vermittlung von Versicherungsverträgen erhält der/die Versicherungsmakler_in eine Courtage vom Versicherungsunternehmen, welche Teil der Versicherungsprämie ist. In Einzelfällen kann eine hiervon abweichende Regelung im Rahmen einer gesonderte Vereinbarung getroffen werden. Bei der Beratung zu und der Vermittlung von Versicherungsverträgen wird der/die Makler_in mit der Wahrnehmung der Kundeninteressen betraut. Hierunter fällt die Betreuung hinsichtlich von Lebens-, Sach-, Kranken- und sonstigen Versicherungen. Welche Verträge erfasst sind, regelt der Maklervertrag mit seinen Anlagen.

Beratung und Vermittlung von Finanzinstrumenten nach § 2 Abs. 6 Nr. 8 KWG:

Die Anlageberatung und die Vermittlung von Finanzinstrumenten gem. § 2 Abs. 6 Nr. 8 KWG erfolgt aufgrund der erteilten Genehmigung nach § 34f GewO. Der/die Makler_in ist freier Gewerbetreibender nach § 93 HGB und produktanbieterunabhängig. Der Vertragsschluss über den Erwerb eines Finanzinstrumentes findet grundsätzlich zwischen dem Kunden und dem jeweiligen Produktanbieter statt. Der/die Makler_in hat jedoch die erforderliche Sorgfalt nach den Regeln der Finanzanlagenvermittlerverordnung (FinVermV) zu berücksichtigen. Insbesondere schuldet er danach die anlage- und anlegergerechte Beratung unter Berücksichtigung der Kenntnisse und Erfahrungen sowie der vom Kunden angegebenen Anlagezwecke. Über die Pflichten und die weitere Zusammenarbeit kann auch ein Vertrag zwischen Kund_in und Makler_in geschlossen werden. Der/die Makler_in ist verpflichtet, die Beratung zu dokumentieren. Die Dokumentation ist vom/von der Kund_in zu unterschreiben.

Wohnimmobilendarlehensvermittlung:

Weitere wichtige Informationen enthält eine spezielle Information, die im Zusammenhang mit der Vermittlung eines Darlehens zur Verfügung gestellt wird.

Weitere Hinweise:

Sollte es jemals zu Unstimmigkeiten kommen, steht bei der PsyCura Wirtschaftsdienst GmbH Herr Dr. Michael Marek als Ansprechpartner zur Verfügung.

Änderungen, die durch behördliche und/oder gesetzliche Auflagen bzw. durch betriebsinterne Veränderungen verursacht werden, bleiben vorbehalten. Weitere Informationen sowie Kommunikationsdaten enthält unser Geschäftspapier und sind im Internet unter www.psycura.de zu finden.

Stand der Information: 01.02.2019

Mit meiner/unsere[r] Unterschrift bestätige ich/wir, dass ich/wir die Information für Kund_innen erhalten und zur Kenntnis genommen habe/n.

Ort, Datum

Name in Druckschrift

Unterschrift

Mit den folgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer (besonderen) personenbezogenen Daten durch uns (nachfolgend: „Vermittler_in“) sowie über Ihre diesbezüglichen Rechte geben.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Psycura Wirtschaftsdienst GmbH
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin
Telefon: +49 (0) 30 20 91 66 513 (ServiceLine)
Telefax: +49 (0) 30 20 91 66 555

Unsere Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter den o. g. Kontaktdaten oder per E-Mail unter datenschutz@psycura.de.

2. Zu welchem Zweck verarbeiten wir Ihre Daten und auf welcher Rechtsgrundlage?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Zum Zwecke der Vermittlung von Versicherungsschutz oder anderen Dienstleistungen und Produkten, zum Abschluss und zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge sowie sonstigen von uns vermittelten Verträgen und Dienstleistungen ist eine Verarbeitung der von Ihnen mitgeteilten Daten erforderlich. Die Verarbeitung bezieht sich sowohl auf Ihre personenbezogenen Daten, wie ggf. auch auf Ihre besonderen personenbezogenen Daten, etwa Gesundheitsdaten. Eine Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt nur für die von Ihnen beauftragte Vermittlung und Verwaltung des gewünschten Versicherungsschutzes oder anderer Produkte und Dienstleistungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. b DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebens- oder Krankenversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke (z. B. der Zusage von Werbung) erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO). Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Kundendaten werden auch verarbeitet, um unsere berechtigten Interessen oder die von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur Gewährleistung der IT-Sicherheit, aber auch zur Prüfung und Optimierung von Verfahren zum Kundenmanagement.

Darüber hinaus werden die personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet, wie z. B. zur Erfüllung von handels- und steuerrechtlichen Aufbewahrungspflichten oder unseren Beratungspflichten. Als Grundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 S.1 lit. c DSGVO.

3. Wer bekommt Ihre Daten?

Im Rahmen von Deckungsanfragen, Vertragsabschlüssen, Vertragsverwaltungen und Abwicklungen von Leistungs- und Schadensfällen, ist es erforderlich, Ihre Daten an andere Stellen weiterzugeben oder von diesen zu empfangen. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten außerhalb des Vermittlerbetriebs sind:

- Versicherer
- Rückversicherer
- Bausparkassen
- Finanzdienstleistungsinstitute und Wertpapierhandelsgesellschaften
- Maklerpools, Maklerverbände und Maklerservicegesellschaften
- kooperierende Versicherungsmakler_in, Untervermittler_in, Tipgeber_in
- Kreditinstitute und Kapitalanlagegesellschaften
- Assekuradeure
- technische Dienstleister
- Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer
- Rechtsnachfolger_in
- Versicherungsombudsleute
- Sozialversicherungsträger
- Finanzbehörden, wie zum Beispiel die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
- Strafverfolgungsbehörden

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt **nur in dem Maße, wie es nach dem jeweiligen Zweck der Verarbeitung erforderlich ist**. Eine aktuelle Liste aller Empfänger und Kategorien schicken wir Ihnen gerne auf Anfrage, auch postalisch, zu.

4. Wie lange werden Ihre Daten gespeichert?

Wir verarbeiten Ihre Daten grundsätzlich nur solange, wie es für die Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten und der damit einhergehenden Zwecke erforderlich ist. Dabei ist zu beachten, dass der Vertragsabschluss mit uns häufig ein Dauerschuldverhältnis ist, welches auf Jahre angelegt ist. Sind die Daten für die Erfüllung unserer Pflichten nicht mehr erforderlich, werden diese regelmäßig gelöscht, es sei denn, deren (befristete) Weiterverarbeitung ist erforderlich, um unsere diversen gesetzlichen Aufbewahrungspflichten (bspw. aus § 257 HGB und § 147 AO: 10 Jahre) zu erfüllen oder zur Erhaltung von Beweismitteln nach Art 17 Abs. 3 lit. e DSGVO im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsfristen (§§ 195 ff. BGB: 3 bis zu 30 Jahren).

5. Welche Datenschutzrechte haben Sie?

Jede betroffene Person hat das Recht unter o.g. Adresse von uns Auskunft nach Art. 15 DSGVO, Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, Löschung nach Art. 17 DSGVO, die Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO sowie nach Art. 20 DSGVO, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die sie uns bereitgestellt hat, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu verlangen. Eine erteilte Einwilligung in die Datenverarbeitung können Sie jederzeit uns gegenüber mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die bis dahin erfolgte Datenverarbeitung bleibt davon unberührt.

Darüber hinaus haben Sie ein **Beschwerderecht** bei der für uns zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde, Art. 77 DSGVO.

Diese ist: Berliner Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Friedrichstr. 219, 10969 Berlin

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Der Widerspruch ist zu richten an: Psycura Wirtschaftsdienst GmbH, Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin, info@psycura.de

Wir weisen an dieser Stelle aber darauf hin, dass im Falle eines Widerspruchs die Vermittlung, der Abschluss bzw. die Betreuung eines Versicherungsvertrages oder die Vermittlung anderer Produkte und Dienstleistungen ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich ist.

6. Kundenverpflichtung zur Bereitstellung der Daten?

Die Bereitstellung der Daten ist für den Vertragsschluss und dessen Durchführung erforderlich. Ohne Ihre Daten ist ein Vertrag und dessen Erfüllung nicht möglich. Insbesondere sind wir nach den geldwäscherechtlichen Vorschriften verpflichtet, Sie bei geldwäscherelevanten Vermittlungsgeschäften vor der Begründung der Geschäftsbeziehung anhand Ihres Ausweisdokuments zu identifizieren.

7. Werden Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation übermittelt?

Wir beabsichtigen nicht, Ihre personenbezogenen Daten in Drittländer oder an internationale Organisationen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zu übertragen. Sollten wir dennoch Daten an Dienstleister außerhalb des (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien garantiert wurden.

8. Inwieweit gibt es eine automatisierte Entscheidungsfindung oder Profiling?

Wir nutzen im Rahmen unserer Aufgabenerfüllung keine vollautomatisierte Entscheidungsfindung (Art. 22 DSGVO). Es findet auch kein Profiling im Sinne von Art. 4 Nr. 4 DSGVO statt.

Empfangsbestätigung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzhinweise erhalten und zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Name in Druckschrift

Unterschrift