UNFALLVERSICHERUNG FÜR PERSONEN MIT VORÜBERGEHENDEM WOHNSITZ IM AUSLAND

ANTRAG EXPAT ACCIDENT

ANTRAGSTELLER(IN)/VERSICHERUNGSNEHMER(IN):
(Aufnahmefähig sind Personen ab Geburt und maximal bis zum vollendeten 65. Lebensjahr)

Name:*	Vorname(n):*	Geburtsdatum:*
Geschlecht:* ☐ männlich ☐ weiblich	ausgeübter Beruf:*	
Straße und Hausnummer:*	PLZ:*	Wohnort in Deutschland:*
Telefon (privat):*	Telefon (geschäftlich):	E-Mail:*
Aufenthaltsland:*	Seit wann im Ausland:*	
Anschrift im Aufenthaltsland (Ausland):*		

VERSICHERUNGSBEGINN:**

Datum:* 00.00 Uhr (MEZ)

FOLGENDE PERSONEN SOLLEN VERSICHERT WERDEN: (Bitte Versicherungsnehmer(in) mit berücksichtigen!)

VERSICHERTE	PERSON 1	PERSON 2	PERSON 3
Name:*			
Vorname:*			
Geburtsdatum:*			
Geschlecht:*	☐ männlich ☐ weiblich	☐ männlich ☐ weiblich	☐ männlich ☐ weiblich
ausgeübter Beruf:*			
Gefahrengruppe:*	☐ K ☐ B ☐ A	☐ K ☐ B ☐ A	☐ K ☐ B ☐ A
Bezugsberechtigter im Todesfall:*			

GEFAHRENGRUPPEN:

Gefahrengruppe K: Kinder von Geburt an bis zum 18. Lebensjahr

Gefahrengruppe B: Personen mit körperlicher und/oder handwerklicher Berufsarbeit oder tätig mit ätzenden, giftigen, leichtentzündlichen und/oder explosiven Stoffen, auch Angehörige der Bundeswehr und des Bundesgrenzschutzes, sowie im Außendienst tätige Angehörige der Polizei, der Forst-, Steuer- und Zollverwaltung, Berufskraftfahrer, Landwirte, Berufstänzer, Tierärzte, Turn-, Sport- und Tanzlehrer.

Gefahrengruppe A: Personen mit kaufmännischer oder verwaltender Tätigkeit im Innen- oder Außendienst, leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen, tätig im Laden, Labor (aber: mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen = Gefahrengruppe B), im Gesundheitswesen oder in der Schönheitspflege, auch Fotografen, Künstler, Optiker, Rechtsanwälte, Reporter, Schneider, Studenten, Uhrmacher.

Werden Tätigkeiten der Gruppen A und B ausgeübt, ist der Beitrag nach Gruppe B zu berechnen.

Stand: 01.10.2019

*Pflichtfeld

**Abschluss der Versicherung muss vor Beginn des Auslandsaufenthaltes erfolgen. Versicherungsbeginn frühestens mit Antragseingang beim Versicherer. Das Vertragsverhältnis verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf, der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

GESUNDHEITSFRAGEN:

Bitte beachten Sie, dass bewusst unwahre Angaben hinsichtlich der Gesundheitsfragen uns berechtigen können, vom Vertrag zurückzutreten.

1. Bestehen oder bestanden in den letzten fünf Jahren Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen?
   (Hierbei sind die unten aufgeführten schweren Erkrankungen*** zu berücksichtigen.)
2. Besteht ein Grad der Behinderung (GdB) oder wurde einer beantragt?
   (Bitte Art und Behinderungsgrad in Prozent angeben.)

VERSICHERTE	PERSON 1	PERSON 2	PERSON 3
Antwort auf Frage 1*	☐ ja**** ☐ nein	☐ ja**** ☐ nein	☐ ja**** ☐ nein
Antwort auf Frage 2*	☐ ja**** ☐ nein	☐ ja**** ☐ nein	☐ ja**** ☐ nein
**** Welche(r) Krankheit(en) oder gesundheitliche Beeinträchtigung(en) oder Grad der Behinderung (GdB) liegt/liegen bei Ihnen vor? Seit wann?			

*** schwere Erkrankungen im Sinne dieses Antrages sind:
Autismus, Alzheimer oder andere Formen der Demenzerkrankung, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Blindheit, Bluter, Down Syndrom, Depressionen, Diabetes, diabetische Polyneuropathie, Epilepsie, Glasknochenkrankheit, HIV, Knochenkrebs, Multiple Sklerose, Osteoporose, Morbus Paget, Parkinsonsche Krankheit, Schlaganfall oder dessen Folgen, Spina bifida und Wirbelgleiten.

TARIFAUSWAHL (HIERZU SIEHE BITTE LEISTUNGSBESCHREIBUNG EXPAT ACCIDENT):

PRIVATE UNFALLVERSICHERUNG	VARIO 1	VARIO 2	VARIO 3	KIND
Jahresbeitrag BASIS	69,12 Euro	103,68 Euro	137,73 Euro	45,12 Euro
Jahresbeitrag PLUS	83,12 Euro	124,68 Euro	165,63 Euro	54,03 Euro
Jahresbeitrag EXKLUSIV	92,16 Euro	138,24 Euro	183,64 Euro	60,15 Euro

zzgl. Versicherungssteuer i. H. v. 19%

VERSICHERTE	PERSON 1	PERSON 2	PERSON 3
Tarif:*			
Nettojahresbeitrag Unfallversicherung:*	Euro	Euro	Euro
Zuschlag für Personen der Gefahrengruppe B (40% auf Nettojahresbeitrag):	Euro	Euro	Euro
Alterszuschlag (jeweils 10% ab dem 55. Lebensjahr und zusätzlich ab dem 60. Lebensjahr):	Euro	Euro	Euro
Zzgl. Versicherungssteuer (z.Zt. 19%):*	Euro	Euro	Euro
Bruttojahresbeitrag Unfallversicherung:*	Euro	Euro	Euro

Ich habe die Leistungsbeschreibung für den EXPAT ACCIDENT gelesen und verstanden.

Ort, Datum:*	Unterschriften des Antragstellers/der versicherten Person(en):*

Stand: 01.10.2019

ANGABEN ZUM ZAHLUNGSVERKEHR:

SEPA-Lastschriftmandat:
Ich ermächtige die Würzburger Versicherungs-AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Würzburger Versicherungs-AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Der SEPA-Basislastschrifteinzug wird mir spätestens einen Kalendertag im Voraus unter Angabe der Fälligkeitstermine angekündigt. Zahlungsempfänger: Würzburger Versicherungs-AG, Gläubiger-Identifikationsnummer: DE30ZZZ00000030954, die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Name, Vorname des Kontoinhabers:*	Straße und Hausnummer:*	PLZ und Ort:*

Name und Ort des Kreditinstituts:*

IBAN*	BIC*

Ort, Datum:*	Unterschrift des Kontoinhabers:*

VERSICHERER:

Würzburger Versicherungs-AG
Bahnhofstr. 11
D-97070 Würzburg
info@wuerzburger.com
www.wuerzburger.com

VERTRAGSGRUNDLAGEN:

Maßgebend sind der Antrag, der Versicherungsschein sowie je nach Deckungsumfang

- Allgemeine Unfall-Versicherungs-Bedingungen (AUB 2011)
- Besondere Bedingungen Basis 2011 (BB Basis 2011)
- Besondere Bedingungen Plus 2011 (BB Plus 2011)
- Besondere Bedingungen Exklusiv 2011 (BB Exklusiv 2011)
- Progressive Invaliditätsstaffeln

WICHTIGE HINWEISE:

Für den Vertrag gelten die unter dem Begriff „Vertragsgrundlagen" aufgeführten Bedingungen, soweit die entsprechenden Leistungen hier beantragt wurden. Sie erklären mit Ihrer Unterschrift, dass Ihnen rechtzeitig vor Antragstellung alle Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Produktinformationsblatt und den Kundeninformationen nach der Verordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) in Textform zur Verfügung gestellt wurden. Sie können innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins Ihre Vertragserklärung widerrufen. Über das Widerrufsrecht werden Sie im Versicherungsschein ausführlich informiert.
Bewusst unwahre Angaben können den Versicherer gem. § 19 Versicherungsvertragsgesetz zum Vertragsrücktritt berechtigen. Bitte lesen Sie unbedingt „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung". Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages, deren Geltung Sie mit der nachfolgenden Unterschrift ebenfalls bestätigen.

EINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG VON GESUNDHEITSDATEN UND SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNGSERKLÄRUNG:

Als Versicherungsunternehmen benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Rückversicherer weiterleiten zu dürfen. Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages in der Würzburger Versicherungs-AG 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 bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG. Die Erklärungen 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 Würzburger Versicherungs-AG
Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG 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.

Stand: 01.10.2019

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der Würzburger Versicherungs-AG
Die Würzburger Versicherungs-AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)
Die Würzburger Versicherungs-AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach §203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen. Die Würzburger Versicherungs-AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Würzburger Versicherungs-AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben.

Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.wuerzburger.com eingesehen oder bei dem Datenschutzbeauftragen der Würzburger Versicherungs-AG, Bahnhofstraße 11, 97070 Würzburger, email: datenschutzbeauftragter@wuerzburger.com angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Würzburger Versicherungs-AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Würzburger Versicherungs-AG meine Gesundheitsdaten an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Würzburger Versicherungs-AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Würzburger Versicherungs-AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen
Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Würzburger Versicherungs-AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Würzburger Versicherungs-AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Würzburger Versicherungs-AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Würzburger Versicherungs-AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Würzburger Versicherungs-AG unterrichtet.

Ort, Datum:*	Unterschriften des Antragstellers/der versicherten Person(en):*

Stand: 01.10.2019