



ANTRAGS - ANFORDERUNG

Heilwesen-Haftpflicht-Versicherung - HEILPÄDAGOGEN

I. Versicherungsnehmer: Frau Herr Titel etc.: _____
 Name, Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____
 Telefon, Mobil: _____ E-Mail: _____
 Straße, Haus-Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 (Weitere) Tätigkeits-Orte: _____

II. Vertragsdauer: Beginn: _____ frühestens Eingang bei SCHLANDER & PARTNER
 Ablauf: **31.12. in mindestens 12 Monaten**, jeweils 12 °° Uhr
 Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, soweit dieser nicht drei Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

III. Tätigkeit: **Heilpädagoge / Heilpädagogin freiberuflich** tätig seit: _____
 Anmerk., Besonderh. zu Tätigkeit oder Ausbildung: _____

IV. Versicherungsumfang: **- Selbstbeteiligung je Schadensfall: 120,- € -**
 - Anspruchstellungen nach Schlüssel-Verlust (Haftungsanspruch des Gebäudeeigentümers, z. B. Austausch der Schließanlage)
 - Erweiterter Straf-Rechtsschutz
 - reine Vermögensschäden, u. v. m.
 - **NICHT MITVERSICHERT: Privathaftpflicht-Versicherung** (separat verbessertes Spezialkonzept möglich)

V. Versicherungssumme: pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden **5.000.000** €

	€	19% Versicherung s-steuer €		incl. VSt. €	Anzahl:	Jahres- Prämie incl. VSt. €
		€	€			
<input type="checkbox"/> freiberufl. Teilzeit bis 20 Stunden	85,00	16,15	101,15			
<input type="checkbox"/> freiberufl. >20 Stunden / Vollzeit	135,00	25,65	160,65			
<input type="checkbox"/> angestellte Heilpädagogen je	33,00	6,27	39,27	_____		
<input type="checkbox"/> mit Pferden - je Pferd	100,00	19,00	119,00	_____		
<input type="checkbox"/> mit sonstigen Tieren: - Anfrage, kleinere i. d. R. beitragsfrei - folgende:				_____		
Gesamtsumme - zutreffende / angekreuzte Positionen addieren:						_____
Anm., Besonderheiten: _____						

VII. Vertragsgrundlagen: AHB, BBR; die Vertragsgrundlagen werden mit dem Antrag übersandt

VIII. Vorschäden: bisher keine bekannt folgende (Jahr, Hergang / Gegenstand, Leistung und Kosten in €): _____

IX. Ihr Auftrag: Ich/Wir bevollmächtige/n die **SCHLANDER & PARTNER Assekuranzmakler GmbH** diese Versicherung für mich/uns zu verhandeln bzw. ein Angebot mit diesen Eckdaten zu erstellen und nach Abschluß durch mich/uns vollumfänglich zu verwalten.

Datum _____ Unterschrift Heilpädagoge / Heilpädagogin _____ 