Bitte per Fax an: **0234-683171**

FAIRSICHERUNG
PFLEGEELTERN

Pflegefamilien Fairsicherung
ein Produkt der
Fairsicherungsladen Bochum GmbH
Gerberstr. 15
44787 Bochum
Telefon: 0234-964850
Telefax: 0234-683171

Antrag auf Pflegeeltern Haftpflicht

Bitte per Fax an: 0234-683171

9 1 0 4 - 3 0 7
Vermittler-Nummer

Änderung zu Versicherungsnummer

Antragsteller/Interessent/Versicherungsnehmer

☐ Herr ☐ Frau Name | Vorname | Geburtsdatum

Straße, Hausnummer | PLZ, Wohnort

Telefon | Telefax | E-Mail

Ihre Tarifwahl (Versicherer: Haftpflichtkasse Darmstadt)

Maximilian ohne SB	☐ ☐	jährlich **119,00 €** inkl. Versicherungssteuer **Wechseloption***	**PHV, VSS € 50.000.000** pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (auch bei Deliktunfähigkeit) Binnendeckung (Schäden im Innenverhältnis)
Maximilian mit 125,00 € SB	☐ ☐	jährlich **72,59 €** inkl. Versicherungssteuer **Wechseloption***	**PHV, VSS € 50.000.000** pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (auch bei Deliktunfähigkeit) Binnendeckung (Schäden im Innenverhältnis)
Paul	☐	jährlich **60,69 €** inkl. Versicherungssteuer	**ergänzende PHV, € 50.000.000** pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (auch bei Deliktunfähigkeit) Binnendeckung (Schäden im Innenverhältnis) **Wichtig: bestehende PHV bei Mitbewerber notwendig !!!**

***Ich habe die Vorteile von Tarif Maximilian erkannt und beende aus diesem Grund meine bestehende Privathaftpflicht zu u.g. Termin. Bis dahin gilt der Beitrag von Tarif Paul. Dieser entspricht 0,17 € pro Tag.**

****für Sachschäden im Innenverhältnis gilt eine Selbtbeteiligung von 100,00 € je Schadenfall**

Laufzeit

Vertragsbeginn, 0.00 Uhr | Vertragsende, 24.00 Uhr

Vertragsdauer: 1 Jahr. Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens 3 Monate vor Ablauf zugegangen sein.

Zahlungsweise

Zuschlag: 5% ☐ ¼ Jahr | 3% ☐ ½ Jahr | ☐ 1 Jahr

Vor- bzw. Erstversicherer und Vorschäden

Besteht oder bestand in den letzten 3 Jahren eine private Haftpflichtversicherung?

☐ Nein ☐ Ja | Name der Versicherungsgesellschaft | Versicherungsnummer

gekündigt von Versicherer ☐
gekündigt von VN ☐
besteht weiterhin ☐

Sind in den letzten 3 Jahren Haftpflichtansprüche gegen Sie erhoben worden?

☐ Nein ☐ Ja | Wenn ja, wann, weshalb, welche Entschädigung wurde geleistet?

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich, dass mir die Verbraucherinformationen gemäß Rückseite Ziffer IV dieses Formulars zur Kenntnis gebracht wurden.
Auf die Folgen wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten nach § 19 Abs. 5 VVG wurde gesondert hingewiesen.

X Ort, Datum | Unterschrift des Antragvermittlers | Unterschrift des Antragstellers

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die HKD , bis auf Widerruf die Versicherungsbeiträge bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen.

Name, Vorname des Kontoinhabers

BIC

DE / /
IBAN (Prüfziffer / Bankleitzahl / Kontonummer

Unterschrift zur Antragstellung

Durch meine Unterschrift wird der Inhalt dieses Antrags zum Bestandteil des Vertrages und ich erkläre meine Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz.
Ich bevollmächtige die Fairsicherungsladen Bochum GmbH den Vertrag zu kündigen und umzudecken, wenn ein anderer Versicherer zur Verbesserung der Versicherungsbedingungen und/oder -prämie bereit ist.

X Ort, Datum | Unterschrift des Antragvermittlers | Unterschrift des Antragstellers

Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen.