

Name, Vorname(n)

Antrag zur Sportunfähigkeitsversicherung

und/oder

Krankentagegeldversicherung

Name, Vorname(n)

Versicherungsantrag

Sportunfähigkeitsversicherung

Krankentagegeldversicherung

1. Angaben zum Versicherungsnehmer / Antragsteller

Name, Vorname(n)			
Straße - Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Nationalität	Sportart	Spielposition
Email	Telefon Nr.	Mobilfunknummer	Arbeitgeber / Verein

2. Angaben zur versicherten Person

(nur auszufüllen, wenn nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer)

Name, Vorname(n)			
Straße - Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Nationalität	Sportart	Spielposition
Email	Telefon Nr.	Mobilfunknummer	Arbeitgeber / Verein

3. Versicherungszeitraum

(der Vertrag endet zum Ablauf, ohne dass es einer Kündigung bedarf)

Die maximale Versicherungsdauer beträgt 3 Jahre oder bis zum Ende des Vertrages

Des Sportlers, je nachdem welcher Fall früher eintritt.

Versicherungsbeginn	Versicherungsablauf
- 00.00.00 Uhr	- 23.59.59 Uhr

Name, Vorname(n)

4. Einzugsermächtigung

Hiermit wird die Kiln Europe S.A. bevollmächtigt, die Beiträge, gemäß der vereinbarten Zahlungsweise, vom nachfolgend aufgeführten Konto abzubuchen.

Geldinstitut	Bankleitzahl	Kontonummer	Unterschrift

5. Vermittler

Name	Anschrift

6. Versicherungsschutz

A. Sportunfähigkeitsversicherung

- Andauernde Vollinvalidität durch Unfall und / oder Krankheit
- Unfalltod
- Tod durch Krankheit (ausgenommen Unfalltod)

Deckungserweiterungen (bitte ankreuzen falls gewünscht)

	Invalidität	Unfalltod
Einschluss Terror, Unruhen etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschluss Delbstmord, Selbstverstümmelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschluss Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschluss HIV (Aids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beitragszahlung (Bankeinzug bei privaten Versicherungen unbedingt erforderlich)

Die Beiträge sollen mit folgender Zahlungsweise geleistet werden:

- Jährlich
- Halbjährlich (+3%)
- Vierteljährlich (+5%)
- Monatlich (+ 7%)

Name, Vorname(n)

Versicherungssummen

Andauernde Vollinvalidität	EUR
Unfalltod	EUR
Tod durch Krankheit	EUR

Versicherungsprämie Versicherungssteuer entfällt für Privatpersonen mit Wohnsitz und beruflicher Tätigkeit in der BRD)

	Invalidität	Tod (Unfall)	Tod
Tarifbeitrag p.a.:	€	€	€
Zusatzbeitrag (Vertragsdauer) p.a.:	€	€	€
Zusatzbeitrag (Deckungserweiterung) p a.:	€	€	€
Versicherungssteuer (19%) p. a.:	€	€	€
Gesamtbeitrag p.a.:	€	€	€

Beitrag gemäß Zahlweise:	€	€	€
---------------------------------	---	---	---

Gesamtbeitrag gemäß Zahlweise:	EUR
---------------------------------------	------------

B. Sportunfähigkeitsversicherung

- Leistungsbeginn ab dem 31. Tag
- Leistungsbeginn ab dem 43. Tag
- Leistungsbeginn ab dem 91. Tag

Maximale Leistungsdauer

- 52 Wochen
- 104 Wochen (20 % Prämienzuschlag)

Name, Vorname(n)

Deckungserweiterungen (bitte ankreuzen falls gewünscht)

- Einschluss Terror, Unruhen etc.
- Einschluss Selbstmord, Selbstverstümmelung
- Einschluss Alkohol
- Einschluss HIV (Aids)

Beitragszahlung (Bankeinzug bei privaten Versicherungen unbedingt erforderlich)
Die Beiträge sollen mit folgender Zahlweise geleistet werden:

- Jährlich**
 Halbjährlich (+3%)
 Vierteljährlich (+5%)
 Monatlich (+ 7%)

Versicherungssummen (pro Tag)

EUR

Versicherungsprämie Versicherungssteuer entfällt für Privatpersonen mit Wohnsitz und beruflicher Tätigkeit in der BRD)

	Invalidität	Tod (Unfall)	Tod
Tarifbeitrag p.a.:	€	€	€
Zusatzbeitrag (Vertragsdauer) p.a.:	€	€	€
Zusatzbeitrag (Deckungserweiterung) p.a.:	€	€	€
Versicherungssteuer (19%) p.a.:	€	€	€
Gesamtbeitrag p. a.:	€	€	€
Beitrag gemäß Zahlweise:	€	€	€

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die nachstehenden Antragsfragen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Insoweit wird auf die Schlusserklärung vor der Unterschriftsleistung hingewiesen. Jedwede Veränderung des Gesundheitszustandes des zu

Name, Vorname(n)

versichernden Sportlers muss auch nach Antragstellung bis zum endgültigen Zustandekommen des Versicherungsvertrages nachgemeldet werden. Verstöße gegen diese Anzeigepflicht berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten oder diesen anzufechten.

Dem Versicherungsantrag liegen die Versicherungsbedingungen der Kiln Gruppe neuester Fassung zugrunde.

Allgemeine Fragen

1.	Seit wann sind Sie bei Ihrem jetzigen Verein unter Vertrag?	
2.	Wann endet Ihr jetziger Vertrag?	
3.	Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen im letzten Jahr?	
4.	Wie hoch ist Ihr garantiertes Bruttoeinkommen (Grundgehalt, Sondervergütungen) für die aktuelle Saison?	
5.	Begünstigter: a. Todesfall b. Todesfall c. Krankentagegeld	 <hr/> <hr/> <hr/>
6.	Name und Anschrift des betreuenden Arztes	 <hr/> <hr/> <hr/>

Name, Vorname(n)

<p>7. Besitzen Sie weitere Unfall- oder Sportunfähigkeitsversicherungen, oder haben Sie vor solche abzuschließen? Wenn ja, bitte geben Sie an</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Versicherungsgesellschaft b. Versicherungssummen c. Ablaufdatum des Vertrages 	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/>
--	---

Gesundheitsfragen

<p>1. Sind Sie derzeit frei von Verletzungen, Krankheiten oder Beschwerden, und nehmen aktiv am Trainings- oder Sportbetrieb teil? Falls „NEIN“, machen Sie bitte ausführliche Angaben (wenn notwendig, auf separatem Blatt):</p>	<p>JA</p>
	<p>NEIN</p>

<p>2. Haben sie während der letzten 2 Jahre wegen Verletzung, Krankheit oder Beschwerden bei mehr als 5 aufeinander folgenden Spielen gefehlt? Falls „JA“, machen Sie bitte ausführliche Angaben (wenn notwendig, auf separatem Blatt):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Art der Verletzung / Krankheit: _____ • Datum der Verletzung / Krankheit: _____ • Anzahl der versäumten Spiele: _____ • Datum der Genesung: _____ 	<p>JA</p>
	<p>NEIN</p>

Name, Vorname(n)

3. Hatten Sie jemals Verletzungen, Erkrankungen oder Beschwerden, wurden Sie behandelt oder operiert, in Zusammenhang mit den nachfolgend aufgeführten Bereichen? Geben Sie bei den Antworten bitte jeweils an, ob es sich um die rechte oder linke Seite handelt sowie das Datum des Ereignisses und der Genesung.

a) Herz, Brust, Kreislauf und Atemwege	JA	b) Blutdruck oder Diabetes	JA
	NEIN		NEIN

c) Nervensystem oder Anfälle	JA	d) Rheumatismus oder Arthritis	JA
	NEIN		NEIN

e) Leisten, Becken und Hüften	JA	f) Augen, Nase, Ohren oder Kehle	JA
	NEIN		NEIN

g) Kopf Gehirnerschütterung	JA	h) Genick oder Wirbelsäule	JA
	NEIN		NEIN

i) Oberschenkel	JA	j) Kniegelenke	JA
	NEIN		NEIN

k) Unterschenkel, Sprunggelenke o. Füße	JA	l) Achillessehnen	JA
	NEIN		NEIN

m) Schultern oder Arme	JA	n) Hände, Handgelenke oder Finger	JA
	NEIN		NEIN

Falls Sie ein "JA"-Kästchen angekreuzt haben, und der Platz zur Antwort nicht ausreicht, bitte auf separatem Blatt ergänzen:

Name, Vorname(n)

4. Besondere Vereinbarungen (bedürfen der schriftlichen Bestätigung durch Versicherer)	JA
	NEIN

5. Hatten Sie während der letzten 12 Monaten besondere Röntgenuntersuchungen, wie MRT, CT etc.? Wenn „JA“, bitte geben Sie das Datum, die Art der Untersuchung, die Gründe sowie die Ergebnisse an.	JA
	NEIN

6. Hatten Sie jemals andere Operationen oder andere Unfälle / Krankheiten, für die Sie sich in ärztliche Behandlung begeben haben, oder hatten Sie andere medizinische Beschwerden, welche bisher in diesem Fragebogen nicht erwähnt worden sind? Wenn „JA“, bitte geben Sie das Datum, die Art der Untersuchung, die Gründe sowie die Ergebnisse an.	JA
	NEIN

7. Empfangsbestätigung	
Ich bestätige hiermit den Erhalt der Vertragsbestimmungen, einschließlich der Informationsblätter, Versicherungsbedingungen und der VVG-konformen Unterlagen. Ich bin gemäß der mir ausgehändigten Verbraucherinformationen über mein Widerrufsrecht, einer Anzeigepflichtverletzung und der Schweigepflichtentbindung unterrichtet worden.	JA
	NEIN

Datum

Unterschrift

Schlusserklärung und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich versichere, dass die vorstehenden Informationen nach bestem Wissen und Gewissen abgegeben worden sind, und dass sie wahrheitsgemäß und vollständig sind, gleichgültig, ob die Angaben eigenhändig oder durch einen von mir informierten Dritten gemacht worden sind. Mir ist unmissverständlich klargemacht worden, dass das Verschweigen oder die falsche Darstellung eines wesentlichen Umstandes die Versicherer berechtigt, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten oder diesen wegen arglistiger Täuschung anzufechten (ein wichtiger Umstand ist eine Tatsache, die die Annahmeentscheidung des Versicherers oder die Einschätzung der obigen Fragebogenantworten durch den Versicherer beeinflussen kann; bestehen irgendwelche Zweifel darüber, ob ein Umstand in diesem Sinne wesentlich ist oder nicht, muss er mitgeteilt werden).

Ich verstehe, dass die Versicherer ihre Annahmeerklärung aufgrund der Informationen, die in dem obigen Fragebogen gegeben worden sind, erklären werden. Dabei behalten die Versicherer sich das Recht vor, diesen

Name, Vorname(n)

Antrag abzulehnen oder ihn unter bestimmten Ausschlüssen anzunehmen, die das Ergebnis der obigen Antworten auf die Gesundheitsfragen sind. Der Versicherer ist nicht verpflichtet, diesen Antrag anzunehmen, und behält sich aufgrund der gemachten Angaben das Recht vor, persönliche Ausschlüsse für Verletzungen oder Erkrankungen vorzunehmen.

Zur Bewertung unserer Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass wir die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Befundberichte, Atteste, Gutachten) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z. B. Fragen zur Diagnose oder zum Behandlungsverlauf).

Sie erklären sich daher mit einer Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht im folgenden Umfang einverstanden:

Zum Zweck der Prüfung der Leistungspflicht befreie ich von ihrer Schweigepflicht Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie von Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, und zwar bis zu 5 Jahren nach Vertragsschluss. Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe bzw. medizinische Gutachter, eine Versicherungsgesellschaft oder auch Rückversicherer übermittelt werden.

Sie werden vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet und darauf hingewiesen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Diese Erklärung zur Prüfung der Leistungspflicht gilt auch über meinen Tod hinaus und bindet entsprechend meine Erben.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Antragssteller

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Antragssteller

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Antragssteller