



# ALLCURA

Versicherungs-Aktiengesellschaft

## Angebotsanforderung für eine Berufshaftpflichtversicherung als Geschäftsführer, Vorstand, Beirat oder Aufsichtsrat

Ich wünsche die Zusendung eines Angebots zum Abschluss eines Versicherungsvertrages. Dieses soll auf Grundlage meiner folgenden Angaben erstellt werden.

**Vermittlernummer: 132 / 15879**

### Interessent

Vor- und Nachname (ggf. Titel): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Homepage: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Versicherungssumme / Versicherungsumfang

Gewünschte Versicherungssumme: \_\_\_\_\_ EUR

Ich übe zz. bei folgenden Unternehmen Mandate als Unternehmensleiter / Kontrolleur aus (bitte alle Mandate abschließend auflisten und ggf. eine Anlage verwenden):

Firmenname inkl. Rechtsform, Branche und Gründungsjahr (bitte geben Sie auch die HRB/HRA-Nr. an)	Funktion im Unternehmen (Geschäftsführer, Vorstand, Beirat oder Aufsichtsrat)	Seit wann sind Sie in dem Unternehmen tätig, haben Sie Alleinvertretungsvollmacht und wie hoch ist Ihre gesellschaftsrechtliche (auch indirekte) Beteiligung an dem Unternehmen?	Unternehmenskennzahlen (Umsatz- / Bilanzsumme und Anzahl Mitarbeiter)	Versicherungsschutz ist <u>nicht</u> gewünscht (ankreuzen)
		seit _____._____._____ ja / nein _____ %		<input type="checkbox"/>
		seit _____._____._____ ja / nein _____ %		<input type="checkbox"/>
		seit _____._____._____ ja / nein _____ %		<input type="checkbox"/>
		seit _____._____._____ ja / nein _____ %		<input type="checkbox"/>

### ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Alexander Bölke

Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase, Christian Burger; Johannes Pohl-Grund

Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807

St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte

USt-IdNr.: DE815288179

### Bankverbindung:

Konto-Nr. 632005501

BLZ 200 400 00

Commerzbank Hamburg

IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01

SWIFT-BIC: COBADEFFXXX



# ALLCURA

Versicherungs-Aktiengesellschaft

---

## Ausbildung / Studium / Weiterbildung (ggf. Kurzlebenslauf beifügen)

---

---

---

---

## Beruflicher Werdegang (Firmenname und Branche / Zeitraum / Stellenposition)

---

---

---

---

## Vorversicherung / Vorschäden

Besteht oder bestand sonst noch eine Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung bei uns oder einem anderen Versicherer?  Ja  Nein

Wenn ja, Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_ Name des Versicherers: \_\_\_\_\_

Gekündigt durch: \_\_\_\_\_ Gekündigt zum: \_\_\_\_\_ Kündigungsgrund: \_\_\_\_\_

Wurden Sie oder das Unternehmen in dem Sie tätig sind / waren in den letzten 5 Jahren wegen Haftpflichtschäden im Rahmen der versicherten Tätigkeit in Anspruch genommen oder sind Umstände bekannt, die zu einer Inanspruchnahme führen können?  Nein  Ja

Falls ja, bitte näher erläutern: \_\_\_\_\_

Liegt ein Antrag auf Eröffnung eines Insolvenzverfahrens vor oder sind Eröffnungsgründe für ein Insolvenzverfahren (Überschuldung oder drohende Zahlungsunfähigkeit) bekannt?  Nein  Ja

Falls ja, bitte näher erläutern: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Vertragsdauer

Beginn: \_\_\_\_\_ (0:00 Uhr) Ablauf: \_\_\_\_\_ (24:00 Uhr)

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Bei Abschluss eines 3-Jahresvertrages wird ein Laufzeitnachlass in Höhe von 10 % gewährt.

### ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Alexander Bölke

Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase, Christian Burger; Johannes Pohl-Grund

Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807

St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte

USt-IdNr.: DE815288179

### Bankverbindung:

Konto-Nr. 632005501

BLZ 200 400 00

Commerzbank Hamburg

IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01

SWIFT-BIC: COBADEFFXXX



# ALLCURA

Versicherungs-Aktiengesellschaft

Bitte beantworten Sie die Fragen richtig und vollständig, andernfalls gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht entnehmen Sie bitte der nachstehenden gesetzlich vorgesehenen Belehrung und den Versicherungsbedingungen.

## **Vertragsinformationen**

**Bitte beachten Sie auch die weiteren gesonderten Informationen.**

**Ich / Wir gebe(n) folgende Erklärung zur Datenverarbeitung ab:**

### **Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

#### **I. Bedeutung dieser Erklärung und Widerrufsmöglichkeit**

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung sowie zur Einschätzung des zu versichernden Risikos (Risikobeurteilung), zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, zur Überprüfung unserer Leistungspflicht und zu Ihrer Beratung und Information.

Personenbezogene Daten dürfen nach geltendem Datenschutzrecht nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Datenverwendung), wenn dies ein Gesetz ausdrücklich erlaubt oder anordnet (1.) oder wenn eine wirksame Einwilligung des Betroffenen (2.) vorliegt.

1. Nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ist die Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten (z.B. Alter oder Adresse) erlaubt, wenn es der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses dient (§ 28 Abs. 1 Nr. 1 BDSG). Das Gleiche gilt, soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt (§ 28 Abs. 1 Nr. 2 BDSG).
2. Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage haben wir in Ihren Vertrag eine Einwilligungserklärung aufgenommen. Die Einwilligung ist ab dem Zeitpunkt der Antragstellung wirksam. Sie wirkt unabhängig davon, ob später der Versicherungsvertrag zustande kommt. Es steht Ihnen frei, diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Sollte die Einwilligung ganz oder teilweise verweigert werden, kann das dazu führen, dass ein Versicherungsvertrag unter Umständen nicht zustande kommt. Trotz Widerruf oder abgelehnter Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung jedoch in dem engen gesetzlichen Rahmen - wie in 1. erläutert - erfolgen.

#### **II. Erklärung zur Verwendung Ihrer allgemeinen personenbezogenen Daten**

Hiermit willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten unter Beachtung der Grundsätze der Datensparsamkeit und der Datenvermeidung verwendet werden.

1. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung sowie zur Risikobeurteilung;
2. zur Weitergabe an den von mir beauftragten Vermittler, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient;
3. zur Risikobeurteilung durch Datenaustausch mit dem Vorversicherer, den ich bei Antragstellung genannt habe;
4. zur Risikobeurteilung und Abwicklung der Rückversicherung. Dies erfolgt durch Übermittlung an und zur Verwendung durch die Rückversicherer, bei denen mein zu versicherndes Risiko geprüft oder abgesichert werden soll. Eine Absicherung bei Rückversicherern im In- und Ausland dient dem Ausgleich der vom Versicherer übernommenen Risiken und liegt damit auch im Interesse der Versicherungsnehmer. In einigen Fällen bedienen sich Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ggfs. entsprechende Daten übermitteln;
5. zur Risikobeurteilung mittels Einholung einer auf Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren erzeugten Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit bzw. der Kundenbeziehung (Scoring) durch uns oder eine Auskunftsei;
6. zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung durch Einholung von Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten, ggfs. Auch durch eine Auskunftsei (z.B. Bürgel, Infoscore, Creditreform, SCHUFA);
7. durch andere Unternehmen / Personen (Dienstleister) außerhalb der ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft, denen wir oder ein Rückversicherer Aufgaben ganz oder teilweise zur Erledigung übertragen. Diese Dienstleister werden eingeschaltet, um die Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten. Eine Erweiterung der Zweckbestimmung der Datenverwendung ist damit nicht verbunden. Die Dienstleister sind im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicherzustellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten;
8. zur Verhinderung des Versicherungsmissbrauchs bei der Risikobeurteilung und bei der Klärung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis durch Nutzung eigener Datenbestände sowie Nutzung eines Hinweis- und Informationssystems der Versicherungswirtschaft. Auf Basis dieses Systems kann es zu einem auf den konkreten Anlass bezogenen Austausch personenbezogener Daten zwischen dem anfragenden und dem angefragten Versicherer kommen;
9. zur Beratung und Information über Versicherungs- und sonstige Finanzdienstleistungen durch die ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft, den von Ihnen beauftragten Vermittler oder unsere Kooperationspartner.

#### **ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft**

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Alexander Bölke

Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase, Christian Burger; Johannes Pohl-Grund

Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807

St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte

USt-IdNr.: DE815288179

#### **Bankverbindung:**

Konto-Nr. 632005501

BLZ 200 400 00

Commerzbank Hamburg

IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01

SWIFT-BIC: COBADEFFXXX



# ALLCURA

Versicherungs-Aktiengesellschaft

## **Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht**

Grundlage des Angebots der ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft sind die von Ihnen gemachten Angaben. Dafür ist es notwendig, dass Sie die Ihnen gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten bzw. beantwortet haben. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen oder gemacht haben. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

### **Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?**

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

### **Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?**

#### **1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes**

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil der Prämie zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### **2. Kündigung**

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

#### **3. Vertragsänderung**

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

#### **4. Ausübung unserer Rechte**

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

#### **5. Stellvertretung**

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte sowohl die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

#### **ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft**

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Alexander Bölke

Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase, Christian Burger; Johannes Pohl-Grund

Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807

St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte

USt-IdNr.: DE815288179

#### **Bankverbindung:**

Konto-Nr. 632005501

BLZ 200 400 00

Commerzbank Hamburg

IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01

SWIFT-BIC: COBADEFFXXX



# ALLCURA

Versicherungs-Aktiengesellschaft

---

**Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesem Antrag oder in anderen Schriftstücken gemacht haben auf Richtigkeit und Vollständigkeit.**

## Erklärung

Mit meiner / unserer Unterschrift werden die bei mir / uns verbleibenden Vertragsinformationen, Hinweise und Belehrungen sowie die Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz Bestandteil der Angebotsanforderung.

Die Hinweise und Belehrungen habe(n) ich / wir zur Kenntnis genommen. Ich / Wir bestätigen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Sofern der in diesem Antrag genannte Versicherungsbeginn vor dem Ablauf der Widerrufsfrist liegt, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz prämienschuldig vor Ablauf dieser Frist beginnt.

Vorschadensauskunft

Mit meiner / unserer Unterschrift zur Erklärung über die gefahrerheblichen Umstände **einschließlich der Erklärung zur Datenverarbeitung** gebe(n) ich / wir auch mein / unser Einverständnis bezüglich der Vorversicherung beim genannten Versicherer anzufragen.

Ort, Datum

Unterschrift(en) / Firmenstempel

Vermittler Unterschrift / Firmenstempel

---

**Bitte senden Sie diese Angebotsanforderung per Post: Postfach 11 23 69, 20423 Hamburg, per E-Mail: [kontakt@allcura-versicherung.de](mailto:kontakt@allcura-versicherung.de) oder per Fax: (040) 226 337 - 888 an uns zurück.**



### ALLCURA Versicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Alexander Bölke

Vorstand: Jörg Conradi (Vorsitzender), Werner Brase, Christian Burger; Johannes Pohl-Grund

Sitz der Gesellschaft: Hamburg, Registergericht: Hamburg HRB 106807

St.-Nr.: 27/136/00094 Finanzamt Hamburg-Mitte

USt-IdNr.: DE815288179

### Bankverbindung:

Konto-Nr. 632005501

BLZ 200 400 00

Commerzbank Hamburg

IBAN: DE22 2004 0000 0632 0055 01

SWIFT-BIC: COBADEFFXXX