

Deckungsnote zur Sorglos-Unfallversicherung

Bitte speichern und senden an:
ZPEMail@Concordia.de

Vermittler-Nr.:

Vorschlags-Nr.:

Versicherungsschein-Nr.:

_____ / _____

Antragsteller/in Herr Frau Firma

Vorname/Name/Firma _____

Straße/Haus-Nr. _____

PLZ _____ Wohnort _____ Ortsteil _____

Geburtsdatum _____ Selbstständig

Beruf _____ Branche _____

Telefon beruflich _____ Telefon privat _____

Fax/E-Mail-Adresse _____

Vertragslaufzeit Vers.-Beginn 0 Uhr _____ Vers.-Ablauf 0 Uhr _____

Zahlungsweise: 1/ jährlich. Bei halbjährlicher Zahlungsweise 3 %, bei vierteljährlicher und monatlicher Zahlungsweise 5 % Zuschlag.
Monatliche Zahlungsweise ist nur in Verbindung mit Lastschriftverfahren möglich – Monatsrate mind. 10 €.

Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht:

Grundlage für Inhalt und Umfang des Versicherungsschutzes sind Ihre Angaben zu den nachfolgend gestellten Fragen zu gefahrerheblichen Umständen. Sie sind gesetzlich verpflichtet, uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß, sorgfältig, vollständig und ausführlich anzugeben. Die von Ihnen im Rahmen dieses Antrags angegebenen Umstände werden von unseren Risikoprüfern bewertet.

Bitte lesen Sie sich vor Beantwortung der nachfolgenden Risikofragen die am Ende des Antrags abgedruckte Belehrung nach § 19 Abs. 5 des Versicherungsvertragsgesetzes durch. Bereits jetzt weisen wir Sie hiermit ausdrücklich auf die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht hin. Sofern Sie nachfolgend Fragen unrichtig oder unvollständig beantworten, können wir – in Abhängigkeit der Schwere Ihres Verschuldens – vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen oder anpassen, was zur Leistungsfreiheit (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag – 5 % – nach AUB 2020 – Fassung April 2020 –

Zu versichernde Personen:			Geschlecht	Geburtsdatum	Ausgeübter Beruf (Branche)	Leistungsempfänger im Todesfall
Lfd. Nr.	Vorname	Zuname				
1			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			
2			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			
Kind 1			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			
Kind 2			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			
Kind 3			<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			

Beantragter Versicherungsumfang: mit Produktverbesserungs-Garantie: Die Garantie soll nicht vereinbart werden

Lfd. Nr.	Sorglos	Sorglos Classic	Invaliditätsleistung € <input type="checkbox"/> mit Progression (500 %) <input type="checkbox"/> mit Progression (350 %) <input type="checkbox"/> mit Mehrleistung ab 90 % <input type="checkbox"/> mit Gliedertaxe L <input type="checkbox"/> mit Gliedertaxe XL <input type="checkbox"/> mit Gliedertaxe XXL	Übergangsleistung €	Monatliche Unfall-Rente <input type="checkbox"/> mit Gliedertaxe L <input type="checkbox"/> mit Gliedertaxe XL <input type="checkbox"/> mit Gliedertaxe XXL €	Todesfallleistung €	Sofortleistung bei Krebserkrankungen*	Tagegeld €	Vom X. Tage der ärztlichen Behandlung an vom <input type="checkbox"/> Tage	Jahresbeitrag €
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
Kind 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
Kind 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			
Kind 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>			

Zusätzliche Bausteine:

Lfd. Nr.	Krankenhaus Plus mit Einzel-/Zweibettzimmer/Chefarzt mit Krankenhaustagegeld (Verdopplung ab dem 4. Tag) €	Krankenhaus mit Krankenhaustagegeld (Verdopplung ab dem 4. Tag) €	Genesung Plus mit Gipsgeld, Hilfeleistungen und Erweiterte Reise-deckung	Genesung mit Gipsgeld und		Kinder Plus	
				Hilfeleistungen	Erweiterte Reise-deckung	mit Waisenrente	ohne Waisenrente
1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kind 1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kind 3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Brust-, Hoden-, Prostata-, Gebärmutterhals-, Eierstockkrebs und Gehirntumor

Die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit gemäß Ziffer 11.7 AUB 2020 soll vereinbart werden.

Dynamisierung (gemäß Ziffer 2.7 AUB 2020): Die Versicherungsleistungen sollen nicht erhöht werden.

Zuschlag Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	<input type="text" value="10"/> %
Familiennachlass (ab 2 Personen)	<input type="text" value=""/> %
Jahresbeitrag	
Vers.Steuer	<input type="text" value=""/> %
Gesamtbeitrag	

AS000011

1/5

UM-1a-2021-07

Gesundheitsfragen:

1. Ist eine zu versichernde Person in den letzten fünf Jahren aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen mindestens zweimal entweder stationär behandelt oder ambulant operiert worden?

nein ja, bitte Angaben zum Grund und der Dauer der Behandlung, Name / Anschrift der behandelnden Ärzte oder Krankenhäuser; ggf. Grad der Invalidität / der Minderung der Erwerbsfähigkeit*

2. Wird oder wurde eine zu versichernde Person in den letzten fünf Jahren wegen einer schweren Erkrankung ärztlich beraten, untersucht oder behandelt oder besteht eine dauernde körperliche oder geistige Beeinträchtigung?

Schwere Erkrankungen und Beeinträchtigungen sind:

- Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die zu einer stationären Behandlung oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben
- Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die eine Schwerbehinderung (GdB) zur Folge haben
- Erkrankungen und Beeinträchtigungen, die eine regelmäßige Behandlung, Therapie oder eine Medikamenteneinnahme erforderlich machen
- Sehschwäche von 8 Dioptrien oder mehr

nein ja, bitte Angaben zum Grund und der Dauer der Behandlung, Name / Anschrift der behandelnden Ärzte oder Krankenhäuser; ggf. Grad der Invalidität/der Minderung der Erwerbsfähigkeit* und Kopien der vorhandenen ärztlichen Berichte und ggf. des Schwerbehindetenbescheids einreichen

*Falls Platz nicht ausreicht, bitte auf Zusatzklärung U 3a erläutern.

Vorversicherungen und weitere gleichartige Versicherungen und/oder Vorschäden

Besteht oder bestand für eine Person eine Unfallversicherung?

nein ja, bei

Vers.-Schein-Nr.

für Person/dfd. Nr.

Soll diese Versicherung erlöschen? nein ja

Haben die zu versichernden Personen anderweitig Unfallversicherungsanträge gestellt?

nein ja, bei

mit den Summen

für Person/dfd. Nr.

Haben die zu versichernden Personen in den letzten 5 Jahren Unfälle erlitten?

nein ja

für Person/dfd. Nr.

Lastschriftverfahren:

Mit dem beiliegenden Formular "SEPA-Lastschriftmandat" können Sie das bequeme und kostengünstige Lastschrifteinzugsverfahren vereinbaren.

Ich möchte, dass der Versicherungsschutz zum beantragten Zeitpunkt und damit ggf. vor Ende der Widerrufsfrist beginnt (Bitte streichen, sofern nicht gewünscht).

Ort, Datum

Unterschrift Makler/in

Ich bestätige hiermit, die nachfolgend aufgeführten Vertragsbestimmungen, Informationen zum Datenschutz und weiteren Informationen rechtzeitig vor Abgabe der Deckungsnote erhalten zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Makler/in

AS000011

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung¹

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir, die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistance-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. selbst (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

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 Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G.

Ich willige ein, dass die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. 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.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G.

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen 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 übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Concordia Versicherungen oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann im Internet unter www.concordia.de/datenschutz eingesehen oder bei dem **Betrieblichen Datenschutzbeauftragten der Concordia Versicherungen**, Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover, 0511/5701-1539, datenschutz@concordia.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Concordia Versicherungen 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, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich 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 wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. 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 uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

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 von uns unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung.

Ich willige ein, dass die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

¹ Der Text der Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärung beruht auf den für die Lebens- und Krankenversicherung 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmten Einwilligungs- / Schweigepflichtentbindungserklärungen.

Ort / Datum

Antragsteller/in (Versicherungsnehmer/in)

Zu versichernde Person
(falls abweichend vom Versicherungsnehmer)

Gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen
Einsichtsfähigkeit frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

Gesetzliche Vertretung

Erläuterungen zu den Gesundheitsangaben

Die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen sind wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Gegebenenfalls ist die Einreichung von Arztberichten bei Antragstellung erforderlich. Bei schweren Erkrankungen und Beeinträchtigungen ist es möglich, dass der Antrag auf Unfallversicherung nicht oder nicht in der gestellten Form angenommen werden kann.

Vertragsbestimmungen und Informationen:

- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die private Unfallversicherung (AUB 2020 Sorglos) – Fassung April 2020
- Satzung der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. – Fassung 03.06.2016
- Kundeninformation zu dem beantragten Versicherungsvertrag
- Informationen zum Datenschutz

AS000011

UM-1a-2021-07 4/5

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. 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. 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 Versicherungsfalles, 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 Versicherungsfalles
- 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 des Beitrags 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 der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung 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.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte 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.

SEPA-Lastschriftmandat

Versicherungsnehmer/-in



Versicherungsschein-Nummer _____
oder beiliegendem Versicherungs-Antrag
 und für alle weiteren Versicherungsschein-Nummern

An
Concordia Versicherungen
30621 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer (des Zahlungsempfängers):

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser unten genanntes Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Es besteht keine rechtliche Verpflichtung zur Annahme des SEPA-Lastschriftmandats. Die Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. ist berechtigt, die Ausführung abzulehnen bzw. einzustellen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Basislastschrift-Einzug spätestens vorab angekündigt wird, von 14 auf 5 Kalendertage verkürzt wird. Zum Zweck dieser Vorabankündigung teile ich/teilen wir Änderungen meiner/unserer Adresse der Concordia Versicherungs-Gesellschaft a. G. mit.

ZI88888888

IBAN _____ BIC _____

Name des Kreditinstituts

Name und Anschrift Kontoinhaber/-in (falls abweichend vom/von Versicherungsnehmer/-in):

Herr Vorname _____ Name _____
 Frau _____
 Firma _____
Straße/Haus-Nr. _____

PLZ _____ Wohnort/Ortsteil _____

Land _____

Ort _____ Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber/-in _____

ZI-666-2021-07