



**COMPACT GmbH**  
 Gut Sophienhof / Hohe Str. 15b  
 50129 Bergheim - Glessen  
 ☎ 01908-54474 ☎ 02238-949020  
<http://www.compact-makler.de>  
[service@compact-makler.de](mailto:service@compact-makler.de)

Eingangsdatum	max-Vermittlernummer	Konto-Nr. beim Verischerer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnummer	Versicherer	
<input type="text"/>	<b>ASPECTA</b>	

## Antrag auf Unfallversicherung

### Anrede

- Herr  Firma  
 Frau  Ohne

Titel, Name, Vorname		Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer		Staatsangehörigkeit	Ortsnetzvorwahl
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Wohnort	Telefonnummer	Telefaxnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		E-Mail-Adresse	
		<input type="text"/>	

### Angaben für die Abbuchung

(die Beiträge sollen bis auf Widerruf von meinem Konto abgebucht werden)

Bankleitzahl	Kontonummer	Name des Geldinstituts
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontoinhaber (wenn nicht Antragsteller)		Ort des Geldinstituts
<input type="text"/>		<input type="text"/>

### Versicherungsdauer

Beginn	Ablauf	Der Vertrag verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht drei Monate vor dem Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### Zahlungsweise

- jährlich  halbjährlich (3% Zuschlag)  vierteljährig (5% Zuschlag)  monatlich (6% Zuschlag)

### Gesundheitsfragen

Leidet oder litt die zu versichernde Person in den letzten 4 Jahren an körperlichen Fehlern, Gebrechen oder erheblichen Krankheiten (Fehlsichtigkeit nur ab 8 Dioptrin)? Wenn ja, bitte Art der Krankheit und versicherte Person angeben.

ja  nein

### Versicherte Personen

Person 1: Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Person 2: Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Person 3: Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Person 4: Name	Vorname	Geburtsdatum	Beruf
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Versicherte Leistungen

Alle Angaben in DM und inkl. Versicherungssteuer.

Änderungen sind der maxPool Servicegesellschaft für Finanzdienstleister mbH vorbehalten

Versicherte Personen	Person 1	Person 2	Person 3	Person 4
Erwachsener/Kind	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> K
Grund-Invaliditätsleistung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Progression (200,225,300,350,400,500)	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Leistung bei Unfalltod	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Übergangsleistung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallkrankentagegeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallkrankenhaustagegeld/ Genesungsgeld	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unfallrente monatlich	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Heilkostenhilfe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Beitragsfrei mitversichert:

Kurkostenbeihilfe: 10.000 DM - Bergungskosten: 10.000 DM - Kosmetische Operationen: 10.000 DM - Umschulungskosten: 10.000 DM Komageld 350DM/Woche

Gesamt-Jahresprämie

### Prämienberechnung

Alle Angaben in DM und inklusive VSt. Mindestprämie: 100,00 DM / p.a.	Gesamt-Jahresprämie Person 1- Person 4	Prämie laut Zahlweise	Ratenzuschlag	Zu zahlende Prämie
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Wichtige Hinweise

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich insbesondere nach den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 99), den Ergänzungen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 99), den Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel, den Zusatzbedingungen für Kurbeihilfe, den Besonderen Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten 91), den Besonderen Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operation in der Unfallversicherung, den Besonderen Bedingungen für die beitragsfreie Weiterführung der Kinderunfallversicherung beim Tode des Versicherungsnehmers (10/95) und den gesetzlichen Bestimmungen.

**Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke.** Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf. Die Abwicklung und der Vertrieb erfolgt exklusiv über:

max Servicegesellschaft für Finanzdienstleister mbH, Hamburger Straße 205, 22083 Hamburg, Telefon 040/299940-0, FAX 040/299940-60. Versicherer: ASPECTA Versicherung AG, Schwarzer Weg 28, 22309 Hamburg, Telefon 040/633 19 70

### Unterschriften

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen	Unterschrift des Vermittlers	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers	Unterschrift der versicherten Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>