

SKP Versicherungsmakler



Sven Konrad Pöpping Versicherungsmakler - Hohe Geest 218 - 48165 Münster – Tel. +49-(0)251-789000 - Fax 7890050
info@fotoversicherung.com - www.fotoversicherung.com

Antrag Fotografenversicherung inkl. TOP-Klausel

Antragsteller/-in Frau Herr Firma

V17032016-1

Vor- & Nachname : _____ Geburtstag: _____

Straße, Hausnummer : _____ Telefon/Fax : _____

PLZ / Ort : _____ e-Mail : _____

Ich beantrage hiermit Pöppings Fotografenversicherung gemäß den aktuellen Bedingungen AVB-PF-01-2016 inkl. der TOP-Klausel PF2016-0050.

Beitragstabelle (Nettojahresbeiträge zzgl. Versicherungssteuer von z.Z. 19%)

VS / SB	ohne	100 €	250 €	1.000 €
bis 2.500 €	99,00 €	75,00 €	60,00 €	50,00 €
bis 5.000 €	199,00 €	150,00 €	120,00 €	99,00 €
bis 7.500 €	299,00 €	229,00 €	180,00 €	145,00 €
bis 10.000 €	390,00 €	300,00 €	240,00 €	190,00 €

VS = Versicherungssumme SB = Selbstbeteiligung je Schadenfall - Mindestzahlbeitrag auch für Teilzahlungen 50,00 €

Versicherungssumme _____ € Nett jahresbeitrag (s.oben) _____ €

Gewünschte Selbstbeteiligung: 0 € 100 € 250 € 1.000 €

Gewünschte Zahlungsweise: jährlich halbjährlich zzgl. 3% Ratenzahlungszuschlag vierteljährlich zzgl. 5% Ratenzahlungszuschlag

Gewünschter Vertragsbeginn (Versicherungsschutz besteht erst nach schriftlicher Deckungsbestätigung)

_____ . _____ . 20 _____

Mindestvertragsdauer 1 Jahr mit jährlicher Verlängerung, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einer Seite gekündigt wird.

Vorversicherung - Bestand bereits eine Versicherung für Foto- oder Videoausrüstungen ? Nein Ja

bei _____, Versicherungsschein Nr. _____

von _____ bis _____, es gab _____ Vorschäden in Höhe von insgesamt _____ €

Falls eine Vorversicherung bestand, von wem wurde gekündigt ? Versicherer Versicherungsnehmer

Berufsfotografen - Arbeiten Sie als Berufsfotograf ? Ja Nein

Falls JA, bitte genaue Tätigkeitsbeschreibung ggfls. auf einem Beiblatt ergänzen:

2. Seite Antrag Pöpping´s Fotografenversicherung

Gemäß EU- Vermittlerrichtlinie sind wir als Versicherungsmakler dazu verpflichtet Sie umfassend zu beraten. Bitte teilen Sie uns daher mit, ob Ihnen die bisherige Beratung ausgereicht hat oder ob Sie weitere Beratung wünschen. Bitte kreuzen Sie entsprechend eine der folgenden Möglichkeiten an oder teilen Sie uns auf einem gesonderten Blatt etwaige andere Wünsche mit:

- Ich bin ausreichend beraten, ich wünsche über die Fa. SKP Versicherungsmakler NUR den mit diesem Antrag beantragten Versicherungsschutz abzuschließen und verzichte auf weitere Beratung in anderen Versicherungssparten. Mir ist bekannt, dass durch diese Erklärung mein Haftungsanspruch gegen die Fa. SKP Versicherungsmakler stark eingeschränkt wird. Diese Haftungseinschränkung bezieht sich NICHT auf die mit diesem Antrag beantragte Fotografenversicherung, sondern nur auf etwaige andere Versicherungssparten zu denen wir Sie auf Ihren Wunsch hin nicht beraten haben.
- Ich wünsche weitere Beratung zur beantragten Versicherung. Ich wünsche über die Fa. SKP Versicherungsmakler NUR den mit diesem Antrag beantragten Versicherungsschutz abzuschließen und verzichte auf weitere Beratung in anderen Versicherungssparten. Mir ist bekannt, dass durch diese Erklärung mein Haftungsanspruch gegen die Fa. SKP Versicherungsmakler stark eingeschränkt wird. Diese Haftungseinschränkung bezieht sich NICHT auf die mit diesem Antrag beantragte Fotografenversicherung, sondern nur auf etwaige andere Versicherungssparten zu denen wir Sie auf Ihren Wunsch hin nicht beraten haben.
- Ich wünsche eine umfassende Beratung auch in anderen Versicherungssparten.

Kundeninformation gem. EU-Vermittlerrichtlinie:

Sven K. Pöpping –Versicherungsmakler- Einzelkaufmann - Steuer Nummer 336-5160-0955
Anschrift: Hohe-Geest 218, D-48165 Münster, Tel. +49-(0)251-789000

Wir sind als Versicherungsmakler tätig. Für unsere Vermittlertätigkeit besteht eine Vermögensschaden
Haftpflichtversicherung der Gewerbeordnung.

Wir sind im Versicherungsvermittlerregister unter der Nr. D-XID6-A6G92-74 eingetragen.

Gemeinsame Stelle ist;
Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V. Breite Str. 20, 10178 Berlin, www.vermittlerregister.info
Ruf 0180-5005850 (14 Cent/Min aus dem dt. Festnetz, mit abweichenden Preisen aus Mobilfunknetzen)

Beschwerdestelle ist: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin

Gemäß der EU-Vermittlerrichtlinie vom 22.05.2007 sind wir dazu verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass, das diesem Antrag zugrunde liegende Angebot nicht auf einer vollständigen Marktanalyse basiert sondern nur auf unseren eigenen Haustarif der bei der Generali Vers. AG eingedeckt wird. Es besteht die Möglichkeit, dass Sie ähnliche Leistungen auf dem EU-Versicherungsmarkt eventuell auch zu günstigeren Prämien eindecken können.

Ich wünsche über folgenden Versicherer versichert zu werden (Versicherungsnehmer mit Wohnsitz außerhalb Deutschlands können nur über die ERGO Vers. AG versichert werden. Falls Sie hier keinen bevorzugten Versicherer angeben, wird dieser von uns festgelegt.

Ich habe keinen bevorzugten Versicherer - ERGO Vers. AG - Nürnberger Vers. AG

SEPA-Lastschriftmandat (Eine Zahlung per Rechnung ist leider nicht möglich)

Gläubiger-ID: DE72SKP00000304999 - Zahlungsempfänger: SKP Versicherungsmakler, Sven K. Pöpping, Hohe Geest 218, 48165 Münster
Abweichende Gläubiger-ID bei Verträgen die über die ERGO eingedeckt werden: DE05ZZZ00000012101 - Zahlungsempfänger: Ergo Versicherungs AG, Victoriaplatz 2, 40198 Düsseldorf
Mandatsreferenz: Die Ihnen mit dem Versicherungsschein zugehende Versicherungsschein Nr.

Ich ermächtige die Firma SKP Versicherungsmakler und den vertragsführenden Versicherer (s. oben) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von den vorgenannten Mandatsträgern auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich spätestens 5 Tage vor Lastschrifteinzug über die Höhe und den Termin des Einzugs informiert werde. HINWEIS: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut : _____ IBAN : _____

Kontoinhaber : _____ BIC : _____

Die mir vorliegenden und dem Vertrag zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen (AVB-PF-01-2016 Teil I - III), die dort enthaltene Widerrufsbelehrung sowie die vorstehenden Kundeninformationen habe ich gelesen, verstanden und bin damit einverstanden. Ich versichere alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben, mir ist bewusst, dass vorsätzlich falsche Angaben zum Verlust oder zur Verminderung der Versicherungsleistung führen können.

Datum _____ Unterschriften Versicherungsnehmer & Kontoinhaber : _____