

# Antrag zur Betriebshaftpflichtversicherung



Änderungsantrag, Versicherungsscheinnummer: \_\_\_\_\_

## Berater

Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Telefon für Rückfragen \_\_\_\_\_ OAB-VM-Nummer \_\_\_\_\_

## Antragsteller

Sind Sie bereits Kunde bei uns?  Nein  Ja/Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Risikoorte \_\_\_\_\_

Beginn \_\_\_\_\_ Ablauf \_\_\_\_\_

Versicherungsverträge mit einer Laufzeit von mindestens einem Jahr verlängern sich stillschweigend nach Ablauf der vereinbarten Dauer jeweils von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Zahlungsweise  jährlich  halbjährlich (3 % Zuschlag)  vierteljährlich (5 % Zuschlag)

## Versicherungssumme

**Grundrisiko-Betriebshaftpflicht einschließlich Produkthaftpflichtversicherung und Umweltgrunddeckung**

3.000.000 € pauschal Personen-/Sach-/Vermögensschäden  6.000.000 € pauschal Personen-/Sach-/Vermögensschäden

Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahrs beträgt das Dreifache der vereinbarten Summe.

Für mitversicherte Umweltrisiken (Umwelthaftpflicht- und Umweltschadenversicherung/Grunddeckung) ist die Höchstversicherungssumme innerhalb der Grundversicherungssumme zum Vertrag für alle Schadenereignisse einfach maximiert.

## Tätigkeit

genaue Beschreibung: \_\_\_\_\_

Aufträge an Subunternehmer:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

## Betriebsgröße

Berechnungsart	Einzelbetrag	Mindestbetrag	Gesamt
_____	_____	_____	_____ Euro
_____	_____	_____	_____ Euro
_____	_____	_____	_____ Euro

## Erweiterungen

<input type="radio"/> _____	_____ Euro
<input type="radio"/> _____	_____ Euro
<input type="radio"/> _____	_____ Euro
<b>Übertrag</b>	<b>_____ Euro</b>

**Risikoträger: Ostangler Brandgilde VVaG, Flensburger Straße 5, 24376 Kappeln, Tel.: 04642- 91 47 0, Fax: 91 47 77**

Telefon: 040-512 085 14

Telefax: 040-512 085 74

E-Mail: [joerg.petersen@oabde](mailto:joerg.petersen@oabde)

<http://www.ostangler.de>

Bank: Union Bank Flensburg

KTO: 1 00 0 131 0 20, BLZ: 215 201 00

IHK-Registernummer:

D-6610-JCRTU-66

Rechtsform:

Gesellschaft mit

beschränkter Haftung (GmbH)

Eingetragen beim

Amtsgericht Flensburg

HRB-Nr. 7174 FL

Steuernummer:

15/293/26455

Geschäftsführung

Jens-Uwe Rohwer

Friedrich Windgassen

Sitz der Gesellschaft:

Flensburger Str. 5, 24376 Kappeln

Zuständige IHK: Industrie- und Handelskammer zu Flensburg, Heinrichstr. 28-34, 24937 Flensburg --- Tel.: 0461/806-806, Fax: 0461/806-9806

Die Ostangler Versicherungs-Service GmbH ist Versicherungsvertreter nach §34d, Abs. 1. Sie gehört zu 100% der Ostangler Brandgilde VVaG, Flensburger Str. 5, 24376 Kappeln.

Beschwerdestellen und außergerichtliche Streitbeilegung: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) -- Graurheindorfer Straße 108 -- 53117 Bonn

Tel.: 01805-122346 -- Mo. - Fr. 08:00 - 18:00 Uhr (0,14 €/Min., abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen möglich)

Schlichtungsstelle: Verein „Versicherungsbundsmann e.V.“, Postfach 080632, 10006 Berlin --- Tel.: 0 18 04/22 44 25 -- mail: [beschwerde@versicherungsbundsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsbundsmann.de)

(20 Cent je Anruf/Fax aus dem deutschen Festnetz, Preise aus Mobilfunknetzen können abweichen)

Übertrag von S. 1 \_\_\_\_\_ Euro

**Private Risiken**

- Privathaftpflicht für: \_\_\_\_\_ Euro
- Hund (privat) Rasse und Anzahl: \_\_\_\_\_ Euro
- Pferd (privat) Anzahl: \_\_\_\_\_ Euro

**Zwischensumme** \_\_\_\_\_ Euro

- Erhöhung der Versicherungssumme auf 6 Mio € + \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ Euro
- Umweltschadensvers. Zusatzbaustein 2/Ersatzleistungssumme 500.000 €/SB 1.000 € \_\_\_\_\_ Euro

**Zwischensumme** \_\_\_\_\_ Euro

- Nachlass/Rabatt für \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ Euro

**Gesamtbeitrag, netto** \_\_\_\_\_ Euro

Versicherungssteuer \_\_\_\_\_ Euro

**Gesamtbeitrag, brutto** \_\_\_\_\_ Euro

Beitrag je Zahlungsweise \_\_\_\_\_ Euro

Versicherungsschutz als Differenzdeckung bis zur nächsten Hauptfälligkeit gewünscht?  Nein  Ja

ab \_\_\_\_\_ % vom Vollbeitrag

**Sonstige Angaben**

Vorversicherer \_\_\_\_\_

Vorschäden (letzte 3 Jahre)  Nein  Ja/Anzahl: \_\_\_\_\_

Beschreibung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung**

Konto-Nummer \_\_\_\_\_ Kontoinhaber \_\_\_\_\_

BLZ \_\_\_\_\_ Geldinstitut \_\_\_\_\_

**Widerrufsbelehrung für den Versicherungsnehmer oder seinen Vertreter**

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertrags- und Kundeninformationen und diese Belehrung zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die OSTANGLER Versicherung VVaG, Flensburger Straße 5 in 24376 Kappeln. Bei einem Widerruf per Telefax oder E-Mail ist der Widerruf an die Faxnummer 04642 – 9147-77 bzw. die E-Mail-Adresse info@oab.de zu richten.

**Widerrufsfolgen:** Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag. Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

**Besondere Hinweise:** Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

### Schlussklärung

Bevor Sie die Deckungsaufgabe unterschreiben, überprüfen Sie bitte alle Angaben auf Vollständigkeit und Richtigkeit. Ihre Unterschrift gilt ggf. auch für die Einzugsermächtigung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich das Beratungsprotokoll, die Vertrags- und Kundeninformationen, die Tarifinformationen, die Versicherungsbedingungen, die Mitteilung nach § 19 VVG (vorvertragliche Anzeigepflicht) und das Merkblatt zur Datenverarbeitung sowie eine Zweitschrift der Deckungsaufgabe erhalten habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Eine Zweitschrift der Deckungsaufgabe und des Beratungsprotokolls sowie die Vertragsinformationen gem. § 7 habe ich dem Antragsteller unmittelbar nach Unterzeichnung zur Verfügung gestellt. Sofern das Beratungsprotokoll diesem Antrag nicht beiliegt, kann ich das archivierte Beratungsprotokoll dem Versicherer jederzeit auf Anforderung zur Verfügung stellen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vermittlers

### In der Anlage beigefügt sind

Angebot vom \_\_\_\_\_

Kurzfragebogen