

## Antrag auf eine Mitgliedschaft in der Schutzvereinigung deutscher Vermittler von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen e. V. (SdV)

### Antrag auf Annahme in den Gruppenvertrag zur Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung des SdV e. V. für Versicherungsmakler und Versicherungsvertreter

#### Allgemeine Angaben des Antragstellers

|  |   |
|--|---|
| Name:  |   |
| Anschrift:   |   |
| Telefon:   | Fax:  |
| Geburtsdatum:  | E-Mail:   |
| Rechtsform:  | Firmengründung:   |
| Registrierungs-Nr. § 34d GewO:   | zuständige IHK:   |
| Registrierungs-Nr. § 34f GewO:   | zuständige Erlaubnisbehörde:  |
| Registrierungs-Nr. § 34i GewO:   | zuständige Erlaubnisbehörde:  |
| Status:<br><input type="checkbox"/> Versicherungsmakler (§ 93 HGB)<br><input type="checkbox"/> Versicherungsvertreter (§ 84 HGB)<br><input type="checkbox"/> Sonstiges | Ist Ihr Vertrieb strukturiert?<br>(Arbeiten Sie / rechnen Sie mit mehr als zwei Untervermittlungsebenen ab oder sind Sie Mitarbeiter innerhalb einer derartigen Vertriebsstruktur?)<br><input type="checkbox"/> Ja, mit ____ Ebenen <input type="checkbox"/> Nein |

#### Inhaber / Geschäftsführer / Vorstände etc.

|                 | Vor- und Nachname | Qualifikation | Tätig seit |
|-----------------|-------------------|---------------|------------|
| 1. Inhaber / GF |                   |               |            |
| 2. Inhaber / GF |                   |               |            |
| 3. Inhaber / GF |                   |               |            |

**Hinweis:** Freie Mitarbeiter des Antragstellers erhalten einen Nachlass von **60%** auf die eigene Berufshaftpflichtversicherung!

#### Wichtige Information zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

- Anzeigepflichten der versicherten Person:** Die versicherte Person ist bis zur Abgabe ihrer Vertragserklärung verpflichtet, die ihr bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform fragt, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Das gleiche gilt bei Fragen in Textform, die der Versicherer nach der Vertragserklärung der versicherten Person, aber vor Vertragsannahme, stellt.
- Folgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht:** Verletzt die versicherte Person ihre Anzeigepflicht, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt wurde. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer von der versicherten Person nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Erhöht sich durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als zehn Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann die versicherte Person den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- Vertreter der versicherten Person:** Wird der Vertrag von einem Vertreter der versicherten Person geschlossen, sind sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist der versicherten Person zu berücksichtigen. Die versicherte Person kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch der versicherten Person Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.
- Rechtsfolgen bei Rücktritt:** Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz für künftige Versicherungsfälle. Bei bereits eingetretenen Versicherungsfällen bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn die versicherte Person nachweist, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht des Versicherers entfällt, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde. Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- Ausübung der Rechte des Versicherers:** Der Versicherer kann seine Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung der Rechte müssen die Umstände angegeben werden, auf die der Versicherer seine Erklärung stützt. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nicht verstrichen ist.

## Grundlagen der Prämienberechnung

### Tätigkeitsbeschreibung / Umsatzaufteilung

(Annahmeveraussetzung: mind. 50% des Umsatzes aus der Vermittlung gemäß den Punkten a, b und c)

|   |     |        |
|---|-----|--------|
| Vermittlung von Versicherungen und Honorarberatung gem. § 34d GewO  |     | %      |
| Vermittlung von sonstigen Finanzdienstleistungen gem. § 34c GewO <b>ohne erforderliche Pflichtdeckung</b><br>(Vermittlung von Immobilien, Finanzierungs-/ Leasingverträgen, Bausparverträgen, Spar-, Einlagen-/ Kontenverträgen sowie Kreditkarten und physisch hinterlegten Edelmetallen.) |     | %      |
| Vermittlung von Immobiliendarlehen gem. § 34i GewO  |     | %      |
| Vermittlung von Anteilen oder Aktien an offenen Investmentvermögen gem. § 34f GewO Abs. 1 Ziff. 1<br>(Die Mitversicherung von §34f GewO Abs. 1 Ziff. 2 und Ziff. 3 ist in diesem Tarif nicht möglich.)  |     | %      |
| Tätigkeit als Certified Financial Planner (CFP)<br>(Bei Mitversicherung der Tätigkeit als CFP erfolgt ein Zuschlag von 10% auf die unten genannten Prämien.)  |     | %      |
| Bitte geben Sie den Jahresbruttoumsatz Ihres Unternehmens an:<br><small>Die Angabe des Jahresbruttoumsatzes (Bruttoprovisionen) stellt die Grundlage der Prämienberechnung dar.</small>   | EUR | = 100% |
| <b>Hinweis:</b> Andere als die oben genannten Tätigkeiten und Vermittlungsarten sind weder versichert noch versicherbar.  |     |        |

## Bürobetriebs-Haftpflichtversicherung

Versicherungssumme: 3.000.000 EUR für Personen- und Sachschäden max. 2-fach p.a., inklusive Sublimit von 15.000 EUR bei Schlüsselverlust und 250.000 EUR für Mietsachschäden.

Wünschen Sie den beitragsfreien Einschluss einer subsidiären Bürobetriebs-Haftpflichtversicherung?  Ja  Nein

## Auslandsrisiken

Werden Tätigkeiten über ausländische Niederlassungen, Beratungsstellen oder Büros vorgenommen?  Ja  Nein

Erfolgt eine Beratung von Kunden außerhalb von Deutschland? Wenn ja, bitten wir um Angabe der Länder und genaue Bezeichnung über Art und Umfang der vorgenommenen Tätigkeiten mit Auslandsbezug.  Ja  Nein

## Versicherungsbeginn

Gewünschter Versicherungsbeginn:

01.

Eine abweichende Hauptfälligkeit ist nicht möglich. Die Versicherung verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf die versicherte Person oder der SdV e. V. die Versicherung kündigt.

## Versicherungssummen, Selbstbeteiligungen und Jahresbeiträge\*

\*zzgl. eventuellem Ratenzahlungszuschlag, gesetzlicher Versicherungssteuer und dem jährlichen SdV-Mitgliedsbeitrag i.H.v. 45,00 EUR

| Versicherungssummen   | Selbstbehalt pro Schadenfall   | Jahresumsatz bis 300.000 EUR  | Jahresumsatz bis 500.000 EUR  |
|---|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>1.500.000 EUR 3-fach p.a.</b> für:<br><input checked="" type="checkbox"/> die Vermittlung von Versicherungen und Honorarberatung<br><input checked="" type="checkbox"/> die Vermittlung von Anteilen oder Aktien an offenen Investmentvermögen<br><input checked="" type="checkbox"/> die Vermittlung sonstiger mitversicherter Finanzdienstleistungen | <input type="checkbox"/> 500 EUR<br><input type="checkbox"/> 1.250 EUR<br><input type="checkbox"/> 2.500 EUR | <input type="checkbox"/> 990,00 EUR<br><input type="checkbox"/> 840,00 EUR<br><input type="checkbox"/> 495,00 EUR | <input type="checkbox"/> 1.595,00 EUR<br><input type="checkbox"/> 1.445,00 EUR<br><input type="checkbox"/> 990,00 EUR |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>600.000 EUR 3-fach p.a.</b> für die Vermittlung von Immobiliendarlehen<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>500.000 € 2-fach p.a.</b> für Wohnimmobilienverwalter bis zu 50 Wohneinheiten   |  |   |   |
| Gewünschte Laufzeit des Vertrages:  |  | <input type="checkbox"/> 1 Jahr   | <input type="checkbox"/> 3 Jahre (5% Nachlass)  |
| <b>Hinweis:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Wahl der Selbstbeteiligung in Höhe von 500 EUR entfällt dieser im Bereich der Pflichtdeckungen gem. §§ 34d, f und i GewO.</li> <li>Alle Beiträge verstehen sich abzüglich 15% in den ersten beiden Versicherungsjahren bei Vereinbarung einer 3-jährigen Laufzeit!</li> </ul>  |  |   |   |



## Schadenfälle der letzten 5 Jahren

Wurde im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit in den letzten 5 Jahren ein Anspruch gegen Sie erhoben oder hat ein Dritter einen solchen angedroht oder sind Ihnen Fehler bekannt, die zu einem Schaden führen können? Wenn Ja, geben Sie bitte genaue Details (Schadenzeitpunkt, -höhe, -ursache etc.) an:  Ja  Nein

## Vorversicherung

Haben Sie eine bestehende bzw. hatten Sie in der Vergangenheit bereits eine Vermögensschadenhaftpflichtversicherung?  Ja  Nein

Wenn Ja, geben Sie bitte den Versicherungszeitraum an:

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| Beginn:                     | Ablauf:             |
| Name des Versicherers:      |                     |
| Vertragsnummer:             | Versicherungssumme: |
| ggf. weitere Vorversicherer |                     |

Wurden Sie jemals von einem Versicherer gekündigt oder abgelehnt?  Ja  Nein

Wenn Ja, geben Sie bitte den Grund der Kündigung an:

|  |
|--|
|  |
|--|

## Zahlweise

Die **Zahlweise ist generell nur per Lastschriftverfahren** möglich. Der SdV ist berechtigt, bei Nichtzahlung des Beitrages die hiermit beantragte Mitversicherung analog §§ 37, 38 VVG aufzuheben.

Gewünschte Zahlweise:  jährlich  halbjährlich (3%)  vierteljährlich (5%)  monatlich (8%)  
(Ratenzahlungszuschlag)

## Zustimmung Dokumentenversand per E-Mail

Der SdV versendet sämtliche Vertragsunterlagen per E-Mail. Bitte unterstützen Sie uns und erklären sich damit einverstanden.  Ja, einverstanden  Nein, nicht einverstanden

## Wichtige Information:

Bitte achten Sie auf vollständige und richtige Beantwortung der Fragen zu risikoeheblichen Umständen im Antrag. Sie gefährden sonst Ihren Versicherungsschutz. Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte die wichtigen Hinweise und Erläuterungen – insbesondere die Information zum Widerrufsrecht sowie die Datenschutz- und Einwilligungsklausel. Sie sind wichtiger Bestandteil dieses Antrags. Sie machen Sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt des Antrages.

Bei Veränderung der hier abgefragten Risikodaten (bis zum Abschluss des Vertrages oder während dessen Laufzeit) ist der Versicherer kurzfristig zu informieren! Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie insbesondere, dass alle vorstehenden Angaben vollständig und richtig sind.

## Information zum SdV:

Die Satzung sowie die Beitragsordnung des Vereins in ihrer jeweils gültigen Fassung erkennen Sie mit Ihrer Unterschrift verbindlich an. Die Satzung sowie die Beitragsordnung können Sie jederzeit in der Geschäftsstelle des Vereins einsehen. Auf Anforderung erhalten Sie auch ein Exemplar der Satzung sowie der Beitragsordnung zugesandt.

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem in diesem Aufnahmeantrag bzw. in der Aufnahmebestätigung genannten Termin und gilt für die Dauer eines Jahres. Ich/wir zahlen im Rahmen meiner/unserer Mitgliedschaft im SdV einen jährlichen Gesamtbetrag von derzeit 45,00 EUR, der aus dem Mitgliedsbeitrag sowie sonstigen Gebühren und/oder Umlagen besteht. Die Beitragsanteile ergeben sich aus der jeweils aktuellen Beitragsordnung. Die Mitgliedschaft verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie als Mitglied nicht mindestens 3 Monate vor Ablauf des Jahres Ihren Austritt erklären.

Mitglieder mit einer Behinderung von mindestens 50% (Grad der Behinderung - GdB) können gegen geeigneten Nachweis von der Verpflichtung zur Zahlung des Mitgliedsbeitrages befreit werden.

Bei Inanspruchnahme der Gruppenversicherungsverträge des Vereins erklären Sie hiermit gleichzeitig Ihren Beitritt zu dem entsprechenden Gruppenversicherungsvertrag zwischen dem SdV und der entsprechenden Versicherungsgesellschaft und erklären weiter, ihn als verbindlich anzuerkennen. Sie bevollmächtigen den SdV, Sie anhand dieses Aufnahmeantrages zum Gruppenversicherungsvertrag anzumelden und eine entsprechende Erklärung abzugeben. Die Vertreterbefugnis erstreckt sich jedoch nicht auf den Empfang der Versicherungsleistungen. Der Beitritt zum SdV begründet ein selbstständiges Rechtsverhältnis.

## Bedingungen

Dem Versicherungsvertrag liegen die Versicherungsbedingungen zur Haftpflichtversicherung für Vermögensschäden (Versicherung und Finanzen) – SdV (BB VH 559-01) zu Grunde.

Ort, Datum

Unterschrift und Firmenstempel

**SEPA-Basislastschriftmandat zu meinem / unserem Antrag auf Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung und Mitgliedschaft beim SdV e. V.**

**Zahlungs-emp-fänger:**

Schutzvereinigung deutscher Vermittler von Versicherungen  
und anderen Finanzdienstleistungen e. V. (SdV)  
Erfenschlager Str. 19  
09125 Chemnitz  
Gläubiger-Identifikations-Nr. DE31ZZZ00000041412

Kontoinhaber = Versicherungsnehmer (VN)

**Daten des Kontoinhabers (nur auszufüllen, wenn nicht VN)**

Herr       Frau       Firma

Familienname:

Vorname:

Firmenname:

Anschrift:

Ich ermächtige / wir ermächtigen den oben genannten SdV den wiederkehrenden Prämien und Mitgliedsbeiträge von meinem bzw. unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich / weisen wir mein bzw. unser Kreditinstitut an, die vom SdV auf mein bzw. unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Ich bin / wir sind damit einverstanden, dass mir bzw. uns der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens 3 Kalendertage im Voraus unter Angabe der weiteren Fälligkeitstermine angekündigt wird. Dazu wird mich bzw. uns der SdV vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir bzw. uns meine / unsere Mandatsreferenznummer mitteilen.

**Hinweis:** Ich kann / wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:

Geldinstitut :

BIC:

**Wichtige Information**

Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Kontoinhabers**

## 1. Vertragliche Grundlagen

Für die beantragten Versicherungen gelten die zum Zeitpunkt der Antragstellung aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die besonders gekennzeichneten Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen (BBR) bzw. Besonderen Vereinbarungen sowie die vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen.

## 2. Anwendbares Recht

Auf beantragte Versicherungsverträge findet deutsches Recht Anwendung, sofern nichts Abweichendes vereinbart ist.

## 3. Nebenabreden

Von dem im vorliegenden Versicherungsantrag beschriebenen Vertragsinhalt abweichende Nebenabreden bzw. Zusagen werden für den Versicherungsträger nur dann verbindlich, wenn sie von ihm ausdrücklich und in Textform bestätigt worden sind.

## 4. Widerrufsrecht

Die versicherte Person kann ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer

HDI Versicherung AG  
HDI-Platz 1  
30659 Hannover

zu erklären oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle zu richten und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

Die Widerrufsfrist beginnt mit dem Zugang dieses Dokuments bei der versicherten Person.

Das Widerrufsrecht besteht nicht:

- bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
- bei Versicherungsverträgen über eine vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
- bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz.

Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch der versicherten Person vollständig erfüllt sind, bevor die versicherte Person ein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

Übt die versicherte Person das Widerrufsrecht aus, hat der Versicherer nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn die versicherte Person zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Wird ein Ersatzvertrag widerrufen, so läuft der ursprüngliche Versicherungsvertrag weiter.

## 5. Verbraucherinformation

Die gesetzlich vorgeschriebene Verbraucherinformation ist in diesem Antrag, dem Versicherungsschein, den Versicherungsbedingungen und dem Merkblatt zur Datenverarbeitung berücksichtigt.

## 6. Antragsannahme

Diesen Antrag kann der Versicherer innerhalb eines Monats annehmen.

## 7. Deckungszusage/Vorläufige Deckungszusage

Die selbstständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vermittlern nicht gestattet und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherer.

Eine vorläufige Deckungszusage muss schriftlich erfolgen. Der mit einer vorläufigen Deckungszusage gewährte Versicherungsschutz tritt rückwirkend außer Kraft, wenn der Einlösbetrag nicht binnen der im Begleitschreiben zum Versicherungsschein angegebenen Frist gezahlt wird. Für Versicherungsfälle, die vor dem beantragten Versicherungsbeginn oder vor Ablauf einer etwa bestehenden Wartezeit eintreten, kann kein Versicherungsschutz gewährt werden.

## 8. Versicherungsdauer/Verlängerung des Vertragsverhältnisses

Versicherungsverträge von mindestens einjähriger Dauer verlängern sich jeweils um ein Jahr, wenn sie nicht spätestens drei Monate vor Ablauf durch eine Vertragspartei in Textform gekündigt werden. Beträgt die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr, so endet der Vertrag ohne Kündigung zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

## 9. Prämienzahlung

Die Prämien sind im Voraus zu zahlen. Bei halbjährlicher Zahlung werden 3%, bei vierteljährlicher Zahlung 5%, bei monatlicher Zahlung 8% Zuschlag berechnet. Die Prämienzahlung ist grundsätzlich nur bei gleichzeitiger Vereinbarung des Lastschriftverfahrens möglich.

**Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, die versicherte Person hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die versicherte Person hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.**

## 10. Nebengebühren

Nebengebühren werden nicht erhoben. Insbesondere sind die Versicherungsvertreter und -makler nicht berechtigt, ihrerseits von den versicherten Personen noch irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

## 11. Informationen zum Schadenverlauf

Wir/Ich sind/bin damit einverstanden, dass die HDI Versicherung AG Auskunft über den Schadenverlauf der letzten 5 Jahre beim bisherigen Versicherer einholt.

## 12. Erklärung zum Datenschutz (Einwilligungsklausel)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig von dem Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der HDI-Versicherungsunternehmen oder anderen Unternehmen des Talanx-Konzerns meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und – sofern ein Vermittler beteiligt ist – an diesen weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ferner ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zu dem gesetzlich für die anderen Verbraucherinformationen vorgesehenen Zeitpunkt - auf Wunsch auch sofort - überlassen wird.

## 13. Deckungssummen

Soweit nichts anderes vereinbart ist, beträgt die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres das Doppelte der vereinbarten Deckungssummen.

## 14. Selbstbeteiligungen

Soweit nichts anderes bestimmt ist, gelten die vereinbarten Selbstbeteiligungen nur für Schäden aus beruflicher Tätigkeit. Sie finden keine Anwendung auf evtl. mitversicherte private Risiken.

## 15. Beschwerden

Beschwerden kann die versicherte Person an die für sie zuständige Niederlassung, den Versicherungsträger, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn oder den Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin, richten.

HDI Versicherung AG  
HDI-Platz 1  
30659 Hannover  
Telefon +49 511 645-0  
[www.hdi.de](http://www.hdi.de)

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Jan Wicke  
Vorstand: Dr. Christoph Wetzlar (Vorsitzender), Wolfgang Hansmann, Markus Rehle, Barbara Riebeling,  
Handelsregister: Sitz Hannover, HR Hannover B 58934, USt-IdNr. DE 813596664