ECCLESIA Gruppe
VORSORGEMANAGEMENT

Deckungsauftrag zur Unfall-Versicherung für Menschen mit Behinderung

(bitte leserlich ausfüllen)

CCB
COMPETENCE CENTRUM BEHINDERTENHILFE

Ecclesia Gruppe Vorsorgemanagement GmbH • Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold • Telefon +49 5231 603-0 • Telefax +49 5231 603-197

Versicherungsnehmer:

☐ Frau ☐ Herr	Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefon		E-Mail	

Versicherte Person:

☐ Frau ☐ Herr	Name	Vorname	Geburtsdatum
☐ Gefahrengruppe A		☐ Gefahrengruppe B (überwiegend körperlich tätige Personen)	
Jetzige Berufstätigkeit:			

SEPA-Lastschriftmandat (wenn gewünscht)

für die Baloise Sachversicherung AG, Basler Str. 4, 61352 Bad Homburg (Gläubiger ID-Nr. DE87ZZZ00000243328)

Ich ermächtige die Baloise Sachversicherung AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Baloise Sachversicherung AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.
Hinweis: Ich kann innerhalb acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(nur ausfüllen, wenn abweichend vom Antraggeber):

☐ Frau ☐ Herr	Name	Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
IBAN		BIC	
Kreditinstitut			

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

2091.01/109.23 Stand: 09.23

Competence Centrum Behindertenhilfe

Hotline: +49 5231 603-6260
Telefax: +49 5231-603-60245
E-Mail: info@versicherungsstelle-ccb.de

Gleichzeitig für die

ECCLESIA Gruppe

ECCLESIA Gruppe
VORSORGEMANAGEMENT

Deckungsauftrag zur Unfall-Versicherung für Menschen mit Behinderung
(bitte leserlich ausfüllen)

CCB
COMPETENCE CENTRUM BEHINDERTENHILFE

Ich beauftrage folgenden Versicherungsschutz abzuschließen:
Versicherer: Baloise Sachversicherung AG, Basler Str. 4, 61352 Bad Homburg
Bedingungen: AUB 2019 Silber

Unfall-Versicherung für Menschen mit Behinderung

☐ **Variante A**	**Versicherungssummen:**	
	Invalidität mit 350% Progression	75.000 Euro
	Demnach bei Vollinvalidität	262.500 Euro
	Todesfallleistung	10.000 Euro
	Bezugsberechtigt: gesetzliche Erbfolge oder	
	Unfall-Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	20 Euro
	Kosmetische Operationen inkl. der natürlichen Schneide- und Eckzähne	bis 10.000 Euro
	Bergungs- und Rückholkosten	bis 10.000 Euro

Jahresbeitrag inkl. 19% Versicherungssteuer:

☐ Gefahrengruppe A: **62,30 Euro** ☐ Gefahrengruppe B: **110,31 Euro**

☐ **Variante B**	**Versicherungssummen:**	
	Invalidität mit 350% Progression	100.000 Euro
	Demnach bei Vollinvalidität	350.000 Euro
	Todesfallleistung	15.000 Euro
	Bezugsberechtigt: gesetzliche Erbfolge oder	
	Unfall-Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld	25 Euro
	Kosmetische Operationen inkl. der natürlichen Schneide- und Eckzähne	bis 10.000 Euro
	Bergungs- und Rückholkosten	bis 10.000 Euro

Jahresbeitrag inkl. 19% Versicherungssteuer:

☐ Gefahrengruppe A: **82,23 Euro** ☐ Gefahrengruppe B: **145,54 Euro**

Competence Centrum Behindertenhilfe

Hotline: +49 5231 603-6260
Telefax: +49 5231-603-60245
E-Mail: info@versicherungsstelle-ccb.de

Gleichzeitig für die

ECCLESIA Gruppe

Deckungsauftrag zur Unfall-Versicherung für Menschen mit Behinderung

(bitte leserlich ausfüllen)

Versicherungsbeginn: _____

Vertragsdauer: 1 Jahr (Der Vertrag verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor Ablauf zugegangen sein.)

Die aktuellen Produktinformationen können Sie auf unserer Homepage abrufen: **www.versicherungsstelle-ccb.de**. Auf Grundlage der Produktinformationen und der weitergehenden Erläuterungen beauftrage ich Sie, den oben aufgeführten Versicherungsschutz zu vermitteln und bevollmächtige Sie deshalb, mich aktiv und passiv gegenüber Versicherern zu vertreten, einschließlich der Abgabe und Entgegennahme aller der hier genannten den Versicherungsschutz betreffenden Willenserklärungen und Anzeigen. Die Datenschutzerklärung und Information nach Artikel 13 und 14 DS-GVO ist als Anlage beigefügt und Bestandteil dieses Antrages.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Versicherungsnehmers oder des Betreuenden (Vormund)

Competence Centrum Behindertenhilfe

Hotline: +49 5231 603-6260
Telefax: +49 5231-603-60245
E-Mail: info@versicherungsstelle-ccb.de

Gleichzeitig für die