

# ApoRecht<sup>®</sup> Police

## Antrag auf Pauschale Rechtsschutzversicherung

	Antragsteller / VN	Versicherer	Vermittler
Name:		<b>Concordia Rechtsschutz- versicherungs-AG</b>	<b>ApoRisk GmbH Kundenbetreuung Süd</b>
Straße:		Karl-Wiechert-Allee 5	Schirmerstr. 4
Ort:		30625 Hannover	76133 Karlsruhe
Telefon:		0511. 5701-0	0721. 16 10 66-0
Fax:		0511. 5701-1402	0721. 16 10 66-20

Apothekenanschrift: (Bei Apotheken-Mehrbesitz sind Filialen mitversichert)	
---	--

Beginn: \_\_\_\_\_ Ablauf: \_\_\_\_\_ oder bis **1. Januar** des darauffolgenden Jahres  
 Vertragsbeginn frühestens ab Antragseingang bei Concordia

<b>Beantragter Versicherungsschutz</b>		gewünscht?		Jahresprämie in EUR
Pauschale Rechtsschutzversicherung für selbständige Apotheker (§28ARB)		Ja	Nein	
<b>FirstClass-Schutz</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verkehrs-Rechtsschutz</li> <li>2. Berufs-Rechtsschutz für Apotheker</li> <li>3. Privat-Rechtsschutz</li> <li>4. Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht für Apotheker nach Spezialklausel 102.</li> <li>5. Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz für Eigentümer und Mieter</li> <li>6. GewerbePlus für Apotheker</li> </ol>				
Jahresprämien	Ohne beschäftigten Personen pauschal 1 – 3 beschäftigten Personen pauschal 4 – 6 beschäftigten Personen pauschal 7 – 10 beschäftigten Personen pauschal 11 - 15 beschäftigten Personen pauschal 16 - 20 beschäftigten Personen pauschal 21 - 30 beschäftigten Personen pauschal 31 - 40 beschäftigten Personen pauschal 41 - 50 beschäftigten Personen pauschal	<b>912,60 €</b> <b>999,00 €</b> <b>1.110,60 €</b> <b>1.493,10 €</b> <b>1.923,30 €</b> <b>2.388,60 €</b> <b>2.746,80 €</b> <b>3.384,80 €</b> <b>4.374,90 €</b>		

<p><b>Hinweis zur Beitragsberechnung:</b></p> <p>Der namentlich genannte Inhaber des Betriebes und die mittätigen Familienangehörigen bleiben bei der Ermittlung der Beschäftigtenzahl unberücksichtigt. Als 1 Beschäftigter zählen:</p> <p>4 Teilzeitarbeiter (bis 20 Wochenstunden je Teilzeitkraft), 4 geringfügig Beschäftigte, 4 Aushilfen, 4 Heimarbeiter, 2 Saisonarbeiter, 2 Leiharbeiter und 2 Auszubildende.</p> <p>Bei der Berechnung der Beschäftigtenzahl sind <b>ausschließlich die pharmazeutischen Mitarbeiter</b> zu berücksichtigen.</p> <p><b>Anzahl der Beschäftigten:</b> _____</p>		
<b>Optionale Bausteine</b>		
Versicherungsschutz besteht im privaten Lebensbereich für einen Apothekeninhaber. Für die Mitversicherung jedes weiteren Inhabers ist ein Zuschlag zu berechnen.  Zuschlag je weiteren Apothekeninhaber	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>234,90</b>
<b>Gesamtjahresprämie</b>		
<p><b>Generell keine Selbstbeteiligung im Schadensfall</b></p> <p>Bei Vereinbarung einer Selbstbeteiligung vermindern sich alle oben genannten Beiträge wie folgt:</p>	<input type="checkbox"/> <b>150</b> (25,0% Sondernachlass) <input type="checkbox"/> <b>250</b> (40,0% Sondernachlass) <input type="checkbox"/> <b>500</b> (50% Sondernachlass) <input type="checkbox"/> <b>750</b> (55,0% Sondernachlass)	
<p><b>Jahresprämien</b></p> <p>inklusive gesetzlicher z.Zt. gültiger Versicherungsteuer 19,0%</p>		

**Zahlungsweise:**

- 1/1 ohne Zuschlag     
  1/2 3% Zuschlag     
  1/4 5% Zuschlag     
  1/12 5% Zuschlag (nur mit Bankeinzug)

**Zahlungsart:**

- per Rechnung     
  per Bankeinzug     
 IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

**Angaben zum vorherigen Versicherungsverhältnis:**

Bestehen - oder bestanden für den Antragssteller, den Inhaber/Geschäftsführer oder den Ehe- /Lebenspartner bereits Rechtsschutzversicherungen?  Nein  Ja

(Falls vorhanden Versicherungsscheine in Kopie beifügen)

Vorvertrag gekündigt?  Nein  Ja von:  Antragssteller  Versicherer

zum: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

Anzahl der den Vorversicherern in den letzten drei Jahren gemeldeten Rechtsstreitigkeiten: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift beantrage ich den Abschluß eines Rechtsschutzversicherungsvertrages zu den für den gewählten Versicherungsschutz maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Concordia in der derzeit aktuellen Fassung. Ich kann diesen Antrag bis zum Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und der Verbraucherinformation widersprechen. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

**Besondere Vereinbarungen:**

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Ihre Unterschrift: \_\_\_\_\_