



## Antrag Persönliche D&O



Per Telefax an +49 (731) 27703-967  
oder per Post an:

Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung von  
Unternehmensleitern und leitenden Angestellten

R+V Allgemeine  
Versicherung AG

Raiffeisenplatz 1,  
65189 Wiesbaden  
Bundesrepublik Deutschland

**KuV24-manager.de**  
Konzept und Verantwortung  
Versicherungsmakler GmbH  
**Postfach 4032**  
**D-89030 Ulm**

**Telefon-Hotline für Ihre Fragen:**  
**+49 (731) 27703-67**

Vermittler Nr.  
407 / 184 178

oder per E-Mail an: [info@KuV24-manager.de](mailto:info@KuV24-manager.de)

Bemerkung:

### Versicherungssumme, sonstige Vorgaben und Beitragsberechnung

gewünschte **Versicherungssumme**\*)

\*) Die beantragte Versicherungssumme steht zweimal zur Verfügung:  
einmal für den Abwehr- und Kostenschutz sowie zusätzlich für  
Schadenersatzleistungen.

100.000

€ für Vermögensschäden

Anzahl der Mandate

1 bitte auswählen

Zahlungsweise

jährlich

Ratenzahlungszuschlag:

0%

Versicherungsbeginn\*)

\*) **Rückwärtsversicherung:** Unten stehende Beiträge beinhalten  
eine unbegrenzte Rückwärtsversicherung für laufende Mandate.  
Die Ersatzleistung erfolgt aus der Versicherungssumme der ersten  
Versicherungsperiode. Für bei Antragsstellung bereits beendete  
Mandate wird kein Versicherungsschutz gewährt.

kein

Ja = 10 % Nachlass

Versicherungsablauf

12 Uhr

Besondere Vereinbarung:

**KuV24-manager Online-Rabatt 20 %**,  
solange der Vertrag von KuV24-manager.de betreut wird

Jahresnettobeitrag

(zuzüglich gesetzlicher Versicherungssteuer)

0,00 €

Versicherungssteuer

19 %

0,00 €

Gesamtjahresbeitrag

0,00 €

Beitrag gemäß Zahlungsweise

jährlich

0,00 €

### Angaben des Versicherungsnehmers

Nachname, Vorname

Rising, Thorsten

PLZ, Ort

58285 Gevelsberg

Straße, Hausnummer, Postfach

Geerstraße 18

Telefon-Nummer

0170/5480054

E-Mail-Adresse

Kontakt@Thorsten-Rising.de

**Risikoermittlung**

|                                                                                                                                                                 | <b>Mandat 1</b>                  |                                          | <b>Mandat 2</b>             |                               | <b>Mandat 3</b>             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Name des Unternehmens</b>                                                                                                                                    | RiTho UG<br>(haftungsbeschränkt) |                                          |                             |                               |                             |                               |
| <b>Tätigkeit / Funktion</b>                                                                                                                                     | Gesellschafter                   |                                          |                             |                               |                             |                               |
| Liegt zum Zeitpunkt der Antragstellung bei dem Unternehmen, bei welchem das zu versichernde Mandat besteht, ein Insolvenzgrund im Sinne der §§ 16 ff. InsO vor? | <input type="checkbox"/> ja      | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ist das Unternehmen börsennotiert?                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> ja      | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wurden bereits D&O Ansprüche erhoben bzw. sind Umstände bekannt, die derartige Ansprüche nach sich ziehen können?                                               | <input type="checkbox"/> ja      | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat das Unternehmen mehr als 150 Millionen Euro Umsatz?                                                                                                         | <input type="checkbox"/> ja      | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat bzw. hatte das Unternehmen, in welchem das versicherte Mandat ausgeübt wird, eine Unternehmens-D&O bei der R+V Versicherung?                                | <input type="checkbox"/> ja      | <input checked="" type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Hinweise:**

Dieser Antrag gilt **nicht** für Mandate bei Banken / Kreditgenossenschaften, Versicherungen, Spitzenverbänden der Wirtschaft, Gewerkschaften, politischen Parteien, Fondsgesellschaften, Unternehmen im Bereich Erneuerbare Energien sowie im Profisport. Falls weitere Mandate bestehen, welche in diese Versicherung mit aufgenommen werden sollen, bitte in gesonderter Anlage angeben. Wurde eine der Fragen mit "ja" beantwortet, darf dieser Antrag für dieses Mandat **nicht** verwendet werden.

**Besondere Vereinbarungen / Bemerkungen**

Der gewährte Nachlass gilt nur, solange dieser Versicherungsvertrag durch KuV24-manager.de - Konzept und Verantwortung Versicherungsmakler GmbH betreut wird. Im Falle eines Vermittlerwechsels entfällt der KuV24-manager Online Rabatt in Höhe von 20 %.

**Vor-/Stammversicherung**

**Bestehen oder bestanden gleichartige Versicherungen bei anderen Versicherern ?**

☒ nein ☐ ja

falls ja:

gekündigt zum:

gekündigt durch:

Gesellschaft:

Vertragsnummer:

Vers.-summe:

Ablauf:

Vorschäden : ☐ nein ☐ ja, Anzahl:

Entschädigung:

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie als Antragsteller verpflichtet sind, uns die Fragen im Rahmen des Versicherungsvertrages vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. Im Rahmen der Risikoprüfung kann zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung, sowie zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten notwendig sein, Informationen mit einem Vorversicherer auszutauschen.

Der Antragsteller erklärt sich damit einverstanden, dass die R+V Allgemeine Versicherung AG eine Vertrags- und Schadenauskunft zur Vermögensschaden-Haftpflichtversicherung bei dem oben genannten Versicherer einholt.

**Gevelsberg**

Ort

**17.09.2019**

Datum

Unterschrift des Antragstellers / Versicherungsnehmers\*  
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter; beide Elternteile oder Vormund)  
\* sofern kein elektronischer Versand

## SEPA-Lastschriftmandat

☐ per Rechnung      ☒ per Lastschriftverfahren

Im Zuge des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrs (SEPA) gibt es für jeden Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer.

Die der R+V Allgemeine Versicherung AG lautet: DE6300100000136090

Zusammen mit der Mandatsreferenz, die wir Ihnen gesondert mitteilen, ist eine eindeutige Identifizierung des (SEPA-) Lastschriftmandats gegeben.

**IBAN**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | E | 3 | 2 | 4 | 5 | 4 | 5 | 0 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 8 | 8 | 7 | 1 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

☒ Der Kontoinhaber ist der Versicherungsnehmer.

☐ Der Kontoinhaber ist **nicht** der Versicherungsnehmer.

**Adresse des Kontoinhabers: nur erforderlich, wenn dieser vom Versicherungsnehmer abweicht**

Anrede



Name, Vorname

1. The first part of the document is a title page. It contains the title of the document, the author's name, and the date of the document. The title is "The first part of the document is a title page. It contains the title of the document, the author's name, and the date of the document." The author's name is "The author's name is the name of the person who wrote the document." The date of the document is "The date of the document is the date when the document was written." The title page is the first page of the document and it contains the title, author's name, and date of the document.

Zusatz, Zustellvermerk, Namensergänzung

1

Straße, Hausnummer

[illegible]

Länder-Kennz. Postleitzahl

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

Ort

\_\_\_\_\_

## Postfach

\_\_\_\_\_

Ich ermächtige Sie, Zahlungen mittels Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich welse ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Spätestens fünf Tage vor der SEPA-Lastschrift informiert der Zahlungsempfänger über Abbuchungstermin und Betrag.

## Gevelsberg

Ort

17.09.2019

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers\*  
\* sofern kein elektronischer Versand

\* sofern kein elektronischer Versand

**Bemerkungen:**

[illegible]

\_\_\_\_\_

.....

**Figure 1**

**Empfangsbestätigung (Quittung) zur Übergabe relevanter Dokumente**

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass mir die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie die Verbraucherinformationen nach der aufgrund des § 7 Abs. 2 VVG erlassenen Rechtsverordnung in Textform vor Unterzeichnung des Antrags in folgender Weise übergeben wurden:

Nummer(n) der übergebenen Bedingung(en) (oder CODE):

- ☐ Bedingungsheft:
- ☐ CD-Rom:
- ☐ E-mail:
- ☐ pdf-Ausdruck:

☐ Maklervvertrag liegt vor

oder: ☒

Ich bin damit einverstanden, dass ich die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Verbraucherinformationen aufgrund des § 7 Abs. 2 VVG erlassenen Rechtsverordnung in Textform erst mit dem Versicherungsschein erhalte.

Dieses Einverständnis bekennde ich auf der von mir zu unterschreibenden **separaten Zustimmungserklärung**.

**Vollständigkeitserklärung/Unterschriften**

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen sie bitte die nachfolgenden Seiten des Antrags. Diese enthalten folgende wichtige Hinweise zu Ihrem Versicherungsvertrag: Rechtsfolgen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzungen, Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten im Versicherungsfall, Verbraucherinformationen nach § 1 der „Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen“ (VVG-InfoV) sowie die Schlussklärung mit der Einwilligungsklausel nach dem „Bundesdatenschutzgesetz“. Sie machen mit Ihrer Unterschrift auch die „Schlussklärung“ und ggf. die Einzugsermächtigung zum Inhalt dieses Antrages.

**Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Erklären Sie sich mit nachstehender Regelung einverstanden, erstatten wir Ihnen den Teil des Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt (siehe Widerrufsbelehrung unter Ziffer 6 der Verbraucherinformation): Liegt der Versicherungsbeginn vor Ablauf der zweiwöchigen Widerrufsfrist, bin ich damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz mit dem Versicherungsbeginn einsetzt (wenn dies nicht gewünscht ist, bitte streichen).**

Vermittler\*  
\* sofern kein elektronischer Versand

Ort

17.09.2019

Datum

Unterschrift des Antragstellers / Versicherungsnehmers\*  
(bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter; beide Elternteile oder Vormund)  
\* sofern kein elektronischer Versand

Bemerkungen: