Um alle Funktionen dieses Dokuments nutzen zu können benötigen Sie den Adobe Acrobat Reader (kostenloser Download)

Unfallversicherung

☐ Neuantrag ☐ Änderungsantrag

Versicherungsnummer:

Vom Vermittler auszufüllen! Agt.-Nr. 1: Agt.-Nr. 2:

Versicherungsnehmer ☐ Firma ☐ Herr/en ☐ Frau/en ☐ Divers

Vorname: Name: Geburtsdatum:

PLZ: Wohnort: Straße: Hausnr.:

Telefon[1)] Mobil[1)] E-Mail:

Lastschriftmandat **Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555**

☐ Lastschriftmandat gilt nicht

Es wird widerruflich ermächtigt, die Beiträge bei Fälligkeit zu Lasten des angegebenen Kontos einzuziehen. Dies gilt auch für Ersatzverträge.

IBAN: Geldinstitut:

Abweichender Kontoinhaber: Vorname: Name:

Straße: Hausnr.: PLZ: Ort: Datum Kontoinhaber/in

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die Mandatsreferenz (=Versicherungs-Nr.) wird mir separat mitgeteilt.

Laufzeit: ☐ 5 Jahre ☐ 3 Jahre ☐ 1 Jahr ☐ kurzfristig Hauptfälligkeit: 01.01.

Zahlungsweise: ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ monatlich ☐ Einmalbeitrag

Vertragsbeginn:

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er mindestens auf 1 Jahr abgeschlossen ist und die Kündigung der anderen Partei nicht spätestens drei Monate vor Ablauf schriftlich zugegangen ist.

Zu versichernde Personen

1. Vorname: Name: Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit: Gefahrengruppe: ☐ A ☐ B ☐ K ☐ S

Weitere Unfallversicherungen? ☐ ja ☐ nein Bei welcher Gesellschaft?

Bezugsberechtigte Person: Vorname: Name: Geburtstdatum:

Produkt: ☐ Basis ☐ Komfort ☐ Premium Progression: ☐ keine ☐ 225 % ☐ 350 % ☐ 500 %

Invaliditätssumme: Vollinvaliditätssumme: Todesfallsumme:

Krankenhaustagegeld: Übergangsleistung: ☐ keine ☐ 2.500 € ☐ 5.000 € ☐ 10.000 €

Assistance-Leistung: ☐ nein ☐ ja Jahresbeitrag netto: 0,00 €

Gesundheitserklärung:

a) Wurde oder wird die zu versichernde Person aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen entweder stationär oder ambulant operiert?
☐ nein ☐ ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose und Therapie der zu versichernden Person:

b) Wurde oder wird die zu versichernde Person **in den letzten fünf Jahren** wegen einer **schweren Erkrankung**[1] ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?
☐ nein ☐ ja, bitte Bescheid(e) beilegen - eine Kopie des Schwerbehindertenausweises reicht nicht aus.

[1] **Schwere Erkrankungen sind:**
- Erkrankungen, die in den letzten fünf Jahren zu einer stationären Behandlung oder zu einer ambulanten Gelenkoperation geführt haben,
- Erkrankungen, die eine Schwerbehinderung zur Folge haben,
- Erkrankungen, die eine regelmäßige Behandlung, Therapie oder eine Medikamenteneinnahme (z. B. Heparin, Marcumar, Falithrom, Warfarin, Pradaxa, Kortison) erforderlich machen, oder
- Sehschwäche von 8 Dioptrin oder mehr.

Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt
Anstalt des öffentlichen Rechts

Hausanschrift Darmstadt
GHV VERSICHERUNG
Bartningstraße 59
64289 Darmstadt

Hausanschrift Kassel
GHV VERSICHERUNG
Falderbaumstraße 41
34123 Kassel

Kontakt
06151 3603-178
unfallversicherung@ghv-versicherung.de
www.ghv-versicherung.de

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555
USt-ID-Nr.: DE114107069
Vers.St-Nr.: 807/V90807010692

2. Vorname: Name: Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit: Gefahrengruppe: ☐A ☐B ☐K ☐S

Weitere Unfallversicherungen? ☐ja ☐nein Bei welcher Gesellschaft?

Bezugsberechtigte Person: Vorname: Name: Geburtstdatum:

Produkt: ☐Basis ☐Komfort ☐Premium Progression: ☐keine ☐225 % ☐350 % ☐500 %

Invaliditätssumme: Vollinvaliditätssumme: Todesfallsumme:

Krankenhaustagegeld: Übergangsleistung: ☐keine ☐2.500 € ☐5.000 € ☐10.000 €

Assistance-Leistung: ☐nein ☐ja Jahresbeitrag netto: 0,00 €

Gesundheitserklärung:

a) Wurde oder wird die zu versichernde Person aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen entweder stationär oder ambulant operiert?
☐nein ☐ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose und Therapie der zu versichernden Person:

b) Wurde oder wird die zu versichernde Person **in den letzten fünf Jahren** wegen einer **schweren Erkrankung**[1] ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?
☐nein ☐ja, bitte Bescheid(e) beilegen - eine Kopie des Schwerbehindertenausweises reicht nicht aus.

3. Vorname: Name: Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit: Gefahrengruppe: ☐A ☐B ☐K ☐S

Weitere Unfallversicherungen? ☐ja ☐nein Bei welcher Gesellschaft?

Bezugsberechtigte Person: Vorname: Name: Geburtstdatum:

Produkt: ☐Basis ☐Komfort ☐Premium Progression: ☐keine ☐225 % ☐350 % ☐500 %

Invaliditätssumme: Vollinvaliditätssumme: Todesfallsumme:

Krankenhaustagegeld: Übergangsleistung: ☐keine ☐2.500 € ☐5.000 € ☐10.000 €

Assistance-Leistung: ☐nein ☐ja Jahresbeitrag netto: 0,00 €

Gesundheitserklärung:

a) Wurde oder wird die zu versichernde Person aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen entweder stationär oder ambulant operiert?
☐nein ☐ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose und Therapie der zu versichernden Person:

b) Wurde oder wird die zu versichernde Person **in den letzten fünf Jahren** wegen einer **schweren Erkrankung**[1] ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?
☐nein ☐ja, bitte Bescheid(e) beilegen - eine Kopie des Schwerbehindertenausweises reicht nicht aus.

4. Vorname: Name: Geburtsdatum:

Berufliche Tätigkeit: Gefahrengruppe: ☐A ☐B ☐K ☐S

Weitere Unfallversicherungen? ☐ja ☐nein Bei welcher Gesellschaft?

Bezugsberechtigte Person: Vorname: Name: Geburtstdatum:

Produkt: ☐Basis ☐Komfort ☐Premium Progression: ☐keine ☐225 % ☐350 % ☐500 %

Invaliditätssumme: Vollinvaliditätssumme: Todesfallsumme:

Krankenhaustagegeld: Übergangsleistung: ☐keine ☐2.500 € ☐5.000 € ☐10.000 €

Assistance-Leistung: ☐nein ☐ja Jahresbeitrag netto: 0,00 €

Gesundheitserklärung:

a) Wurde oder wird die zu versichernde Person aufgrund von Unfallereignissen oder Stürzen entweder stationär oder ambulant operiert?
☐nein ☐ja, bitte nähere Angaben zu Diagnose und Therapie der zu versichernden Person:

b) Wurde oder wird die zu versichernde Person **in den letzten fünf Jahren** wegen einer **schweren Erkrankung**[1] ärztlich beraten, untersucht oder behandelt?
☐nein ☐ja, bitte Bescheid(e) beilegen - eine Kopie des Schwerbehindertenausweises reicht nicht aus.

Reicht der vorgegebene Raum für die Beantwortung der Fragen nicht aus, so sind diese Angaben auf einem gesonderten Blatt zu vermerken.

Beiträge:

Rabatt:	ohne	0,00 €	**Gesamt-Jahresbeitrag netto:** 0,00 €
			Gesamt-Jahresbeitrag netto abzgl. Rabatt: 0,00 €
			Versicherungssteuer: 0,00 €
			Gesamt-Jahresbeitrag brutto: **0,00 €**

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unfallversicherer benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, unter anderem IT- oder Druck-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.
Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. **Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.** Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten. Sie gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. **Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die GHV**
   Ich willige mit **Antragsunterschrift** ein, dass die GHV die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.
2. **Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an Stellen außerhalb der GHV DARMSTADT**
   2.1 Ich willige mit **Antragsunterschrift** ein, dass meine Gesundheitsfragen – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die GHV VERSICHERUNG tätige Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.
   2.2 Ich willige mit Antragsunterschrift ein, dass die GHV meine Gesundheitsfragen und sonstige nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.
3. **Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt**
   Ich willige mit Antragsunterschrift ein, dass die GHV meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.
4. **Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)**
   Ich willige mit Antragsunterschrift ein, dass die GHV meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die GHV dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der GHV und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Bevor Sie unterschreiben: Lesen Sie bitte die umseitigen Schlusserklärungen und wichtigen Hinweise. Sie machen diese mit ihrer Unterschrift zum Inhalt des Vertrages. Sofern es sich um einen Antrag handelt, bestätige ich, dass ich die Satzung, die AUB und Risikobeschreibungen zur Unfallversicherung sowie die Informationen auf dieser Antragsrückseite erhalten habe. Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz gegebenenfalls vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Darüber hinaus bestätige ich die Richtigkeit der Angaben. Die Rechtsfolgen bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht habe ich gelesen. Mit der Datenverarbeitung durch den Versicherer bin ich einverstanden.

Ort	Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer/in	Unterschrift des Vermittlers
, den			
Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 1	
, den			
Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 2	
, den			
Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 3	
, den			
Ort	Datum	Unterschrift der zu versichernden Person 4	

Zu berücksichtigen: Beratungsprotokoll bzw. -verzichtserklärung mit Unterschrift des Versicherungsnehmers

Vertragsgrundlagen, Datenschutzerklärung sowie wichtige Hinweise und Erläuterungen

1. Vertragsgrundlagen
Für den Vertrag gelten außer den gesetzlichen Bestimmungen, der Kundeninformation und der Satzung folgende Bedingungen:
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Unfallversicherung (AUB).
- Annahmevoraussetzungen Unfallversicherung,
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID) Unfallversicherung,
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung Baustein Reha-Management, soweit vereinbart,
- Besondere Bedingungen Unfallversicherung Baustein Assistance-Leistung, soweit vereinbart.

2. Status des Formulars
Ist kein Zweck genannt, wird dieses Formular als Angebotsanfrage behandelt. Auch bei der Angebotsanfrage wird der Interessent vereinfachungshalber als Versicherungsnehmer, soweit sinngemäß zutreffend, bezeichnet.

3. Besondere Vereinbarungen
Besondere Vereinbarungen sind nur dann verbindlich, wenn sie durch Aufnahme in den Versicherungsschein (Nachtrag) genehmigt wurden.

4. Versicherungsteuer
Die Gesamtbeiträge enthalten die derzeit gültige gesetzliche Versicherungsteuer.

5. Altersgrenzen

Geburt	Frühestes Eintrittsalter in der **Kinder-Unfallversicherung**
18 Jahre	**Neukunden:** Einstufungen nach Erwachsenentarif **Bestandskunden:** Umstellung des Kindertarifs auf Erwachsenentarif ab nächster Hauptfälligkeit
65 Jahre	Einstufung in **Seniorentarif**

6. Höchstversicherungssummen

Invaliditätsgrundsumme	200.000 €	Invaliditätsgrundsumme mit 500 % Progression	100.000 €
Invaliditätsgrundsumme mit 225 % Progression	200.000 €	Invaliditätsgrundsumme mit 500 % Progression und Mehrleistung	100.000 €
Invaliditätsgrundsumme mit 225 % Progression und Mehrleistung	200.000 €	Todesfallsumme	50.000 €
Invaliditätsgrundsumme mit 350 % Progression	150.000 €	Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld	50 €
Invaliditätsgrundsumme mit 350 % Progression und Mehrleistung	140.000 €	Übergangsleistung	10.000 €

7. Summenverhältnis
Todesfallentschädigung, Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld, Übergangsleistung können nur in Verbindung mit Invalidität versichert werden. Invalidität alleine kann versichert werden. Die Todesfallsumme darf nie höher sein als die Invaliditätsgrundsumme.

8. Gefahrengruppen

Gefahrengruppe A
Personen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr ohne körperliche oder handwerkliche Berufstätigkeit. Volljährige Kinder, soweit sie sich in der Ausbildung/ im Studium befinden.

Gefahrengruppe B
Personen bis zum vollendeten 65. Lebensjahr mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit, auch wenn sie diese Arbeit nur gelegentlich ausüben, insbesondere auch Tätigkeiten mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen.

Gefahrengruppe K
Für nicht berufstätige Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Die Kinder Unfallversicherung ist spätestens mit Vollendung des 18. Lebensjahres auf den Erwachsenentarif umzustellen.

Gefahrengruppe S
Personen ab dem 65. Lebensjahr

Alle Änderungen in der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sind unverzüglich anzuzeigen. Nach Maßgabe von Ziffer 5.2 AUB ändern sich bei einem Wechsel der Gefahrengruppe die Versicherungssummen bzw. der zu zahlende Beitrag

9. Datenschutz
Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus der Angebotsanfrage oder dem Antrag oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen, Anfrage bzw. Übermittlung von Versichererwechseldaten) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer, an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer und an Assistance-Dienstleistungsunternehmen, die mit Schadenserviceleistungen beauftragt sind, übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sowie die Daten aus dem Beratungsprotokoll in Datensammlungen führt und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergibt, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Vertragsangelegenheiten dient. Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich die Möglichkeit hatte, in zumutbarer Weise vom Inhalt des vom Versicherer bereitgehaltenen Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung widerrufen kann.

10. Versicherungsombudsmann als Schlichtungsstelle
Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. Sie können deshalb das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.
Versicherungsombudsmann e. V. | Postfach 080632, 10006 Berlin | Telefon: 0800 3696000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de | Internet: www.versicherungsombudsmann.de

11. Zuständige Aufsichtsbehörde
Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr, Wohnen und ländlichen Raum | Referat III6 | Postfach 31 29 | 65021 Wiesbaden

Postanschrift
Postfach 10 09 14 | 64209 Darmstadt

Bankverbindung
Volksbank Kassel Göttingen eG | IBAN: DE40 5209 0000 0000 4045 00 | GENODE51KS1

Stand: 1. Oktober 2026

Antragsrückseite Unfall 2026-001

Gemeinnützige Haftpflicht-Versicherungsanstalt
Anstalt des öffentlichen Rechts

Hausanschrift Darmstadt
GHV VERSICHERUNG
Bartningstraße 59
64289 Darmstadt

Hausanschrift Kassel
GHV VERSICHERUNG
Falderbaumstraße 41
34123 Kassel

Kontakt
06151 3603-178
unfallversicherung@ghv-versicherung.de
www.ghv-versicherung.de

Gläubiger-ID: DE95ZZZ00000111555
USt-ID-Nr.: DE114107069
Vers.St-Nr.: 807/V90807010692