

# PharmaRisk<sup>®</sup> FLEX

## Antrag auf Allgefahren-Versicherung

	Antragsteller / VN	Versicherer	Vermittler
Name:		<b>Helvetia Versicherungs-Gesellschaft</b>	<b>ApoRisk GmbH Kundenbetreuung Süd</b>
Straße:		Blücherstraße 17	Schirmerstr. 4
Ort:		76185 Karlsruhe	76133 Karlsruhe
Telefon:		07 21. 8 50 07-0	0721. 16 10 66-0
Fax:		0721. 8 50 07-57	0721. 16 10 66-20

Beginn: \_\_\_\_\_ Ablauf: \_\_\_\_\_ oder bis **1. Januar** des darauffolgenden Jahres  
 Vorläufige Deckung besteht ab Antragseingang

### Nachstehender Versicherungsschutz wurde beantragt:

Versicherte Gefahrengruppen und Schäden

#### Sachsubstanzschäden

Feuer, Einbruchdiebstahl, Leitungswasser, Sturm/Hagel, Innere Unruhen, Streik, Aussperrung, böswillige Beschädigung, Fahrzeuganprall, Rauch, Überschalldruckwellen, Glasbruch einschl. Werbeanlagen, Elektronik-Versicherung  
 Gütertransporte im Werkverkehr, Elementar, Unbenannte Gefahren, Ertragsausfallschäden infolge eines Sachsubstanzschadens (BU)

#### Haftpflicht

Betriebshaftpflichtversicherung (BHV) inkl. Produkthaftpflicht-, Umwelthaftpflichtversicherung (UHV),  
 Grunddeckung der Umweltschadensversicherung (USV), Privat-Haftpflichtversicherung und Aut idem - Deckung.

#### Transport

Transport- Warenversicherung (Volle Deckung) für den Versandhandel von Apothekenprodukten im Rahmen einer Vorsorgedeckung bis zu einem Gesamtjahresnettoumsatz von 200.000,- EUR.

#### Vertragsgrundlage(n)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die PharmaRisk-Police 2015

### Apothekenverzeichnis für die Allgefahren-Versicherung PharmaRisk-FLEX

<b>Apotheke „A“</b>	
(Apotheke, PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)	
<b>Apotheke „B“</b>	
(Apotheke, PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)	
<b>Apotheke „C“</b>	
(Apotheke, PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)	
<b>Apotheke „D“</b>	
(Apotheke, PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr.)	

<b>Beantragter Versicherungsschutz</b>	gewünscht? Ja    Nein	Grundlage der Prämie (Mitarbeiteranzahl + Versicherungssumme)	Jahres- Nettoprämie in EUR
Haupt-Apotheke und Filialen „A-D“			
<b>Multigefahrenschutz</b> Für die Teile Inhaltsversicherung, Glasversicherung, Elektronik-Versicherung, Gütertransporte im Werkverkehr und Ertragsausfall-Versicherung gilt: Die Höchstentschädigung (HE) je Versicherungsfall für Schäden an versicherten Sachen, dem resultierenden Ertragsausfallschaden, für die versicherten Kosten sowie Positionen auf Erstes Risiko ist auf das Zweifache der vereinbarten Versicherungssumme, max. 5.000.000 EUR begrenzt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pharmazeutische Personal: _____  Höchstentschädigung (HE): _____	
<b>Optionale Bausteine</b>			
<b>Haftpflichtversicherung</b> Die Versicherungssumme für die Betriebshaftpflicht-, Produkthaftpflichtversicherung wird erhöht auf 15.000.000 EUR pauschal für Personen-, Sach- und / oder Vermögensschäden.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>15.000.000,00</b>	
<b>Elementarschutz</b> „Erweiterte Elementarschäden“ <b>Allgefahenschutz</b> „unbenannte Gefahren“	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Maschinen-Versicherung</b> Für die optional mitversicherbare Elektronik-Versicherung (Stationär)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Transport - Warenversicherung</b> (über den pauschal versicherten 100.000 EUR)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Gesamtjahresnettoprämie</b>			
<b>Selbstbeteiligung im Schadensfall in Euro:</b> keine SB für Grundrisiken, Privathaftpflicht und Privatriskiken	<input type="checkbox"/> <b>500</b> (10% Sondernachlass)  <input type="checkbox"/> <b>1.000</b> (20% Sondernachlass)		
<b>Folgende vorhandene Deckungen werden rabattiert:</b>	<input type="checkbox"/> Betriebshaftpflicht <b>10%</b>  <input type="checkbox"/> Inhaltsversicherung <b>30%</b>		
<b>Rahmenvertragsrabatt</b>	<input type="checkbox"/> Sondernachlass <b>25%</b>		
<b>Jahresprämien</b> zuzüglich gesetzlicher z.Zt. gültiger Versicherungssteuer 19,0%			

**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 – soweit Vorversicherung/en?**  Nein  Ja  
 (Falls vorhanden Versicherungsscheine in Kopie beifügen)

Betriebshaftpflicht	VU/Nr.:	Ablauf:
Sachinhalt	VU/Nr.:	Ablauf:
Elektronik	VU/Nr.:	Ablauf:
Glas/Werbeanlagen	VU/Nr.:	Ablauf:
Transport	VU/Nr.:	Ablauf:
Maschinen	VU/Nr.:	Ablauf:

**Vorschäden in den letzten fünf Jahren?** (Elementarschäden 10 Jahre)  Nein  Ja,  
 und zwar

Mit der Unterschrift beantrage ich den Abschluß eines Geschäftsversicherungsvertrages zu den für den gewählten Versicherungsschutz maßgeblichen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der PharmaRisk® Police 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: \_\_\_\_\_