

Kleingartenversicherung

Änderungsantrag zur VS-Nr.:

Neuantrag

Antragsteller		Herr	Frau	Vertragsbeginn:		um 00:00 Uhr	
Name:		Vorname:		Vertragsdauer:		1 Jahr Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf automatisch um die gleiche Vertragsdauer	
Geburtsdatum:		Email:		Zahlweise:		Jährlich Viertel- Halbjährlich jährlich	
Straße/Hausnr.:				Ratenzuschlag:		Halbjährlich = 3% Vierteljährlich = 5%	
PLZ:		Wohnort:					
Kleingartenverein / Parzellennummer						Geburtsdatum:	

Kleingartentarif / Beiträge ohne Vers.-Steuer				
Tarif gem. Rahmenvertrag				
Bezirksverband der Kleingärtner Wolfsburg u.U. e.V.	50,00 €			
Selbstbeteiligung - Rabatt je Schadenfall	Keine SB	150€=10%	250€=20%	
Gesamtnettoprämie				

Zusatzleistungen / Beiträge ohne Vers.-Steuer			
		Steinlaube	Holzlaube
Erhöhung der Versicherungssumme für Feuer	um:	5,00 €	10,00 €
Erhöhung für Entsorgungskosten	um:		9,00 €
Erhöhung für Sturmversicherung (Geb. & Inhalt)	um:		7,50 €
Glasschäden an Gewächshäusern (SB von 50,00 €)	Bis 750,00 € VS		15,00 €
Solaranlagen gegen Diebstahl und Glasbruch	Bis 1.000,00 € VS		12,00 €
Gesamtnettoprämie HuG			

VS = Versicherungssumme

Jahresbeitrag ohne Versicherungssteuer:	
Jahresbeitrag mit 19% Versicherungssteuer:	

Der in diesem Formular berechnete Jahresbeitrag kann aufgrund interner Annahmerichtlinien dem endgültig in Rechnung gestellten Beitrag abweichen. In einem solchen Fall wird sich die Syncro24 bei Ihnen melden.

Ausschlussklausel:

Dieser Vertrag kommt nur dann zustande, wenn zum 01.01.2023 eine Mindestanzahl von 100 Versicherungsnehmern das o.g. Produkt wählt bzw. sich über das o.g. Produkt versichert.

Sofern die Mindestanzahl von 100 Versicherungsnehmern nicht erreicht wird ist dieser Vertrag, sowie alle anderen Bestandteile des in Bezug genommenen Rahmenvertrages (SYN_KIGV2020/2021) nichtig.

Angaben zum Vorversicherer und Schadendaten der letzten 5 Jahre			
Vorversicherer:		Art der Vorschäden:	
Jahre der Vorschäden:		Anzahl der Vorschäden:	
Gekündigt durch:		Höhe der Vorschäden:	
Versicherungsnummer des Vorversicherers:			

Risikoträger	Landesschadenhilfe Versicherung VaG (LSH), Vogteistr. 3, 29683 Bad Fallingbostel Versicherungsschutz wird gewährt nach Maßgabe des vereinbarten Rahmenvertrages des Bezirksverbands und der dazugehörigen Allgemeinen Wohngebäude Versicherungsbedingungen (VGB 88), der Allgemeinen Hausrat Versicherungsbedingungen (VHB 92), der Allgemeinen Bedingungen für die Glasversicherung (AGIB 94) und des Antrags / der Deckungsnote. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor der jeweiligen Hauptfälligkeit schriftlich gekündigt wird. Die SYNCRO24-assekuradeur GmbH hat das Recht, die Beteiligungsverhältnisse der an diesem Versicherungsvertrag beteiligten Versicherer jederzeit zu ändern oder andere als die genannten Versicherer als Risikoträger zu beteiligen, sofern Prämien und Versicherungsbedingungen unverändert fortbestehen. Eine Einwilligung oder einer gesonder-ten Information des Versicherungsnehmers bedarf es hierzu nicht.									
Erklärung des Versicherungsnehmers	Hiermit erkläre ich, dass ich vor der Abgabe meiner Vertragserklärung folgende Unterlagen gelesen habe: • Informationen gemäß Informationspflichtenverordnung für Versicherungsverträge (VVG-InfoV) • Belehrung über Widerrufsrecht und die Folgen von vorvertraglicher Anzeigepflicht- und vertraglicher Obliegenheitsverletzungen • Wichtige Informationen zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz bei SYNCRO24 • SYNCRO24 - Rahmenvertrag für Kleingartenvereine (SYN_KIGV2020/2021) inkl.: 1.1 Allgemeine Wohngebäude Versicherungsbedingungen (VGB 88) 1.2 Allgemeine Hausrat Versicherungsbedingungen (VHB 92) 1.3 Allgemeine Bedingungen für die Glasversicherung (AGIB 94)									
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ort</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Unterschrift Versicherungsnehmer</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Vermittler-Nr.</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Stempel Vermittler</td> <td></td> </tr> </table>				Ort	Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer	Vermittler-Nr.	Stempel Vermittler	
Ort	Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer								
Vermittler-Nr.	Stempel Vermittler									
Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:	SYNCRO24-assekuradeur - GmbH Zinngießerstr. 7, 31789 Hameln, Tel-Nr. 05151-96109-0, Fax-Nr. 05151-96109-79 (im Folgenden kurz SYNCRO24)									
	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE85ZZZ00000113093									
	Mandatsreferenz: <i>(die Mandatsreferenz wird Ihnen vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug separat mitgeteilt)</i>									
SEPA-Lastschriftmandat (Ermächtigung zum Beitragseinzug)	für Antrag auf Versicherung; Name, Vorname VN Ich ermächtige/Wir ermächtigen die SYNCRO24 wiederkehrende Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von SYNCRO24 auf mein/unser Konto gezogenen Last-Schriften einzulösen. Die Mandatsreferenz wird mir/uns vor dem ersten SEPA-Lastschrifteinzug separat mitgeteilt. Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Frist, mit der mir/uns der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens vorab angekündigt wird, auf 5 Tage verkürzt wird. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages bei meinem Kreditinstitut verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Sofern ich/wir als Kontoinhaber nicht Versicherungsnehmer bin/sind, willige(n) ich/wir ein, dass alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den Versicherungsnehmer gesendet werden – mit der Bitte zur Weiterleitung an mich / uns.									
	Anrede Vorname und Name (bei abweichendem Kontoinhaber) Straße, Hausnummer PLZ, Ort Kreditinstitut (Name) BIC (8 oder 11 Stellen) IBAN									
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; width: 45%;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; width: 55%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ort, Datum</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Unterschrift Kontoinhaber</td> </tr> </table>			Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber					
Ort, Datum	Unterschrift Kontoinhaber									

Sofern ich als Versicherungsnehmer nicht Kontoinhaber bin, werde ich alle Mitteilungen im Zusammenhang mit dem SEPA-Lastschriftmandat an den/die Kontoinhaber weiterleiten.

**Datenschutzrechtliche
Einwilligungs- und Schweige-
pflichtenbindungserklärung**
Zur Bedeutung dieser Erklärung

Zu allen Versicherungssparten

Die SYNCRO24-assekuradeur GmbH (SYNCRO24), Hameln, ist tätig als Assekuradeur. D. h., SYNCRO24 vertreibt in Kooperation mit anderen selbständigen Versicherungsvermittlern auf der Grundlage eines Rahmenversicherungsvertrages für ein Versichererkonsortium* selbst entwickelte exklusive Versicherungsprodukte. SYNCRO24 schließt diese Versicherungen im eigenen Namen für Rechnung des Versichererkonsortiums* ab. Das Versichererkonsortium* hat mit SYNCRO24 einen Dienstleistungsvertrag abgeschlossen. Danach obliegt als Grundsatz SYNCRO24 die Risikoprüfung von Versicherungsanträgen, die Policing, das Inkasso sowie die gesamte Vertragsverwaltung und die Schadenregulierung.

Insoweit findet der gesamte Bearbeitungsprozess eines Versicherungsvertrages in der Regel bei SYNCRO24 statt. Deshalb werden die Datenbestände zu Kunden und Verträgen bei SYNCRO24 und nicht bei den einzelnen Versicherern geführt.

In Einzelfällen ist die Übermittlung von Daten zu dem jeweils schadenregulierenden Versicherer** erforderlich. So insbesondere dann, wenn im Einzelfall gemäß Rahmenversicherungsvertrag die Schadenregulierung durch den hierzu bestimmten schadenregulierenden Versicherer** von diesem selbständig oder in Zusammenarbeit mit SYNCRO24 zu erfolgen hat und deshalb der schadenregulierende Versicherer** Personen-, Vertrags- und Schadendaten erhalten muss. Darüber hinaus ist es oft zur Risikoeinschätzung unverzichtbar, dass Versicherer und/oder deren Dienstleister gegenseitig Informationen zum Vorversicherungsvertrag austauschen.

* *Ein Versichererkonsortium besteht aus mehreren selbständigen Versicherungsunternehmen, die gemeinsam einen Versicherungsvertrag oder wie im Falle der SYNCRO24-Produkte, einen gemeinsamen Rahmenversicherungsvertrag schließen und in einem festgelegten Beteiligungsverhältnis das Risiko tragen und entsprechende Beitragsanteile erhalten. SYNCRO24 ist nach den Versicherungsbedingungen der zugrunde liegenden Produkte berechtigt, die Beteiligungsverhältnisse der an den Rahmenversicherungsvertrag beteiligten Versicherer zu ändern oder andere Risikoträger zu beteiligen, ohne dass dies der gesonderten Zustimmung des Versicherungsnehmers bedarf. Dies gilt jedoch nur, wenn durch solche Veränderungen die vereinbarten Beiträge und zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen unverändert fortbestehen. Deshalb ist eine konkrete Namensnennung der beteiligten Versicherer im Rahmen der hier abgegebenen Einwilligungserklärungen nicht möglich, da diese Erklärung auch für die gesamte Vertragsdauer wirkt.*

** *Im Rahmen des SYNCRO24-Rahmenversicherungsvertrages für die SYNCRO24-Produkte wird jeweils ein schadenregulierender Versicherer bestimmt, der in der Regel in der Kooperation mit SYNCRO24 oder auch im Einzelfall eigenständig Schäden zugleich für die übrigen beteiligten Versicherer verbindlich reguliert. Auch der schadenregulierende Versicherer kann sich während der Vertragsdauer wie auch die übrigen beteiligten Versicherer und Beteiligungsverhältnisse ändern, so dass auch der schadenregulierende Versicherer nicht namentlich genannt werden kann, da die hier abgegebenen Einwilligungserklärungen und Schweigepflichtenbindungserklärungen ebenfalls für die gesamte Vertragsdauer wirken müssen. Der jeweils schadenregulierende Versicherer kann bei SYNCRO24 erfragt werden.*

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung ferner das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risc and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Personenbezogenen Daten werden dorthin ggf. übermittelt und/oder dort abfragt und an SYNCRO24 weitergegeben. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann der schadenregulierende Versicherer** an das HIS melden. Der schadenregulierende Versicherer und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber zur Weitergabe Ihrer nach § 203 Strafgesetzbuch geschützten Daten benötigt SYNCRO24, zugleich auch für den schadenregulierenden Versicherer**, Ihre Schweigepflichtenbindungs-Erklärung. Sofern es zur Leistungsprüfung erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

**Datenschutzrechtliche
Einwilligungserklärung
zur Erhebung, Speicherung und
Nutzung personenbezogener Daten
(außer Gesundheitsdaten)**

Ich willige ein, dass

1. SYNCRO24-assekuradeur GmbH (SYNCRO24), Hameln, zum Zwecke der ordnungsgemäßen Bearbeitung meines Versicherungsantrags und der Durchführung des Vertragsverhältnisses im Auftrag des Versichererkonsortiums* die im Zusammenhang mit dem beantragten Vertragsabschluss erhobenen Daten, ferner Daten, die sich aus der Durchführung des Vertragsverhältnisses ergeben sowie Daten, die sich aus der Erbringung von Leistungen ergeben oder dazu benötigt werden, erhebt, speichert und verarbeitet;
2. SYNCRO24 diese Daten zu den genannten Zwecken an den schadenregulierenden Versicherer** des Versichererkonsortiums* übermittelt und diese Daten dort gespeichert, verarbeitet und zur Durchführung des Vertragsverhältnisses im gleichen Rahmen genutzt werden können, wie dies SYNCRO24 tun dürfte;
3. SYNCRO24 diese Daten an selbständige Versicherungsvermittler, die den Versicherungsvertrag vermittelt haben und/oder mit der Betreuung für diese Versicherungen betraut sind, übermittelt und dort zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen;
4. SYNCRO24 bei den von Ihnen benannten Vorversicherern zur Risikoeinschätzung benötigte Informationen zum Vorversicherungsvertrag einholt und im Falle der Kündigung meines Versicherungsvertrages bei SYNCRO24 solche Informationen von SYNCRO24 an den Nachversicherer weiter gegeben werden dürfen;

Zu 2. bis 4.:

Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der SYNCRO24, des schadenregulierenden Versicherers**, anderer Versicherer und der informa IRFP GmbH oder deren Rechtsnachfolger im Hinblick auf die Weitergabe von personenbezogenen Daten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer