

## Ihre Daten

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Bitte füllen Sie diese sorgfältig aus.  
Für sonstige Risiken und Zusatzangaben nutzen Sie bitte unser Beiblatt.

Kd.-Nr. (öffentlicher Versicherer)

Änderungsantrag

Firmenname\*

Straße, Nr.\*

PLZ, Ort\*

Telefon (tagsüber)\*

E-Mail

Betriebsart\*

Fax

Vorversicherer\*

Vers.-Nr.

(auch mitversicherte Person)

gekündigt zum\*

durch\*  Versicherungsnehmer  Versicherer

versch. Risiken\*

Ich wähle den optimalen Versicherungsschutz:

**AVGS**

inklusive

**PplusVHVB**

Arbeitgeber-, Verkehrs-, Gewerberäume- und Spezial-Straf-Rechtsschutz  
inklusive Privatplus-, Verkehrs-, Haus-/Wohnungs- und Berufs-Rechtsschutz  
für einen Inhaber/Geschäftsführer

Ich wähle einen geringeren Versicherungsschutz:

**AVGS**

inklusive

**PplusVHVB**

Bitte gewünschte Kombination ankreuzen.

Hinweis: PplusVHVB ist nur bei Abschluss von A und  
mindestens einem weiteren Baustein inklusive.

beschäftigte Mitarbeiter

Anzahl Fahrzeuge

Eigentum (selbstgenutzter Gewerberaum)

Miete/Pacht Bruttojahresmiete

Anschrift des Inhabers/Geschäftsführers für die 4er-Kombi Privat:

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Selbstbeteiligung

250 €

150 €

€

4er-Kombi **PplusVHVB** für weitere

Inhaber/Geschäftsführer (Bitte Beiblatt nutzen.)

Anzahl

€

Weitere Gewerberäume **G**  
(Bitte Beiblatt nutzen.)

Ich wähle den Gewerberäume-Rechtsschutz  
für weitere selbstgenutzte Gewerbeobjekte

Anzahl

€

Zuschläge/  
Preisvorteile

zzgl.

%

€

abzgl.

%

€

abzgl.

%

€

Jahresbeitrag

Alle Beiträge inklusive Versicherungssteuer. Versicherungssumme 1 Mio. €.

€

Zahlungsweise

jährlich

halbjährlich (+ 3 %)

vierteljährlich (+ 5 %)

monatlich (+ 5 %)

Ich ermächtige Sie, die Beiträge im Lastschriftverfahren einzuziehen.  
Meine Bankverbindung lautet:

Konto-Nr.

Kreditinstitut

BLZ

Versicherungsbeginn

Frühestens einen Tag nach Antragstellung.

ab

Laufzeit

3 Jahre

1 Jahr

Mitteilungsbestätigung

Ich bestätige hiermit, dass mir vor Abgabe meiner Vertragserklärung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung (Produktinformationsblatt sowie allgemeines Informationsblatt) in Textform klar und verständlich übermittelt worden sind.

Unterschrift

Ich wurde beraten und habe eine Dokumentation der Beratung erhalten.

Ich verzichte auf die Beratung.

Ich wurde beraten, verzichte aber auf eine Dokumentation der Beratung.

Hinweise für den Versicherungsnehmer: Bitte beachten Sie die Einwilligungserklärungen zum Datenschutz, die Hinweise zum Versicherungsverhältnis, zu den Anzeigepflichten und zum Widerrufsrecht auf Ihrer Antragsrückseite. Diese Angaben werden mit Ihrer Unterschrift Vertragsbestandteil.

Datum

Unterschrift

Produktionsstatistikleiste Süd										
Nr. Abschlussvermittler (AV)										
Nr. Unterabschlussvermittler (UAV) / Kundenberater (KB)										
Nr. Bestandsbetreuer (BNR)										
Nr. Nebenvermittler (NV1) / Spk-MA (SNV 1)										
Nr. Nebenvermittler (NV2) / Spk-MA (SNV 2)										
Art des Abschlusses	KSD-Nr./P-Nr.									
Individualgeschäft	Org.-Nr./OE-Nr.									
Standardgeschäft	Org.-Nr. LBBW	9	0	1	0	0				
Freies Geschäft	IN-Nr.									
Art des Geschäfts										

Region	
<input type="checkbox"/> Süd	<input type="checkbox"/> Nord
Baden Württemberg	
Hessen	
Rheinland Pfalz	
Thüringen	

Produktionsstatistikleiste Nord										
Abschluss-Vtr.					Überg. Abschluss-Vtr.					
Bestands-Vtr.					Überg. Bestands-Vtr.					
SKIS-Nr.										
P-Nr.										
IN-Nr.										

## Ihre Daten

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Bitte füllen Sie diese sorgfältig aus.  
Für sonstige Risiken und Zusatzangaben nutzen Sie bitte unser Beiblatt.

Kd.-Nr. (öffentlicher Versicherer)   Änderungsantrag

Firmenname\*

Straße, Nr.\*

PLZ, Ort\*

Telefon (tagsüber)\*  E-Mail

Betriebsart\*  Fax

Vorversicherer\*  Vers.-Nr.

(auch mitversicherte Person)

gekündigt zum\*  durch\*  Versicherungsnehmer  Versicherer

versich. Risiken\*

Ich wähle den optimalen Versicherungsschutz:



inklusive



Arbeitgeber-, Verkehrs-, Gewerberäume- und Spezial-Straf-Rechtsschutz  
inklusive Privatplus-, Verkehrs-, Haus-/Wohnungs- und Berufs-Rechtsschutz  
für einen Inhaber/Geschäftsführer

Ich wähle einen geringeren Versicherungsschutz:



inklusive



Bitte gewünschte Kombination ankreuzen.  
Hinweis: PplusVHVB ist nur bei Abschluss von A und  
mindestens einem weiteren Baustein inklusive.

beschäftigte Mitarbeiter

Anzahl Fahrzeuge

Eigentum (selbstgenutzter Gewerberaum)

Miete/Pacht Bruttojahresmiete

Anschrift des Inhabers/Geschäftsführers für die 4er-Kombi Privat:


Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Selbstbeteiligung  250 €  150 €  €

4er-Kombi  für weitere  
Inhaber/Geschäftsführer (Bitte Beiblatt nutzen.) Anzahl  €

Weitere Gewerberäume   Ich wähle den Gewerberäume-Rechtsschutz  
(Bitte Beiblatt nutzen.) für weitere selbstgenutzte Gewerbeobjekte Anzahl  €

Zuschläge/  
Preisvorteile

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	zzgl.	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	abzgl.	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	abzgl.	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>	€

Jahresbeitrag Alle Beiträge inklusive Versicherungssteuer. Versicherungssumme 1 Mio. €.  €

Zahlungsweise  jährlich  halbjährlich (+ 3 %)  vierteljährlich (+ 5 %)  monatlich (+ 5 %)

Ich ermächtige Sie, die Beiträge im Lastschriftverfahren einzuziehen.  
Meine Bankverbindung lautet:

Kreditinstitut  Konto-Nr.

BLZ

Versicherungsbeginn Frühestens einen Tag nach Antragstellung. ab  Laufzeit  3 Jahre  1 Jahr

## Mitteilungsbestätigung

Ich bestätige hiermit, dass mir vor Abgabe meiner Vertragserklärung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung (Produktinformationsblatt sowie allgemeines Informationsblatt) in Textform klar und verständlich übermittelt worden sind.

Unterschrift

Ich wurde beraten und habe eine Dokumentation der Beratung erhalten.  Ich verzichte auf die Beratung.  Ich wurde beraten, verzichte aber auf eine Dokumentation der Beratung.

Hinweise für den Versicherungsnehmer: Bitte beachten Sie die Einwilligungserklärungen zum Datenschutz, die Hinweise zum Versicherungsverhältnis, zu den Anzeigepflichten und zum Widerrufsrecht auf Ihrer Antragsrückseite. Diese Angaben werden mit Ihrer Unterschrift Vertragsbestandteil.

Datum

Unterschrift

**Sie haben Fragen?  
Anruf genügt.**

## Service inklusive

Wir bieten nicht nur eine Versicherung für den Schadenfall. Unsere Volljuristen sind in allen Fragen rund um die Themen Recht und Rechtsschutz für Sie da.

**[INFO§TEL]**  
Im Recht die Stärkere

GH I MNO DEF MNO TUV DEF JKL  
**0 1 8 0 1 4 6 3 6 8 3 5**

(3,9 Cent/Min. aus dem Festnetz der T-Com; bitte beachten Sie abweichende Preise bei Nutzung anderer Netze, z. B. Mobilfunk)

Aktuelle Infos unter [www.oerag.de](http://www.oerag.de)

**OERAG**  
RECHT§SCHUTZ

Versicherungs-Aktiengesellschaft  
40549 Düsseldorf, Hansaallee 199,  
Telefon: 0211 529-5333  
Telefax: 0211 529-5200

Vorstand: Clemens Fuchs (Sprecher),  
Andreas Heinsen  
Aufsichtsratsvorsitzender: Ulrich Jansen

Sitz der Gesellschaft: Düsseldorf  
Registergericht: Düsseldorf HRB 12073

## Ihre Daten

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Bitte füllen Sie diese sorgfältig aus.  
Für sonstige Risiken und Zusatzangaben nutzen Sie bitte unser Beiblatt.

Kd.-Nr. (öffentlicher Versicherer)

Änderungsantrag

Firmenname\*

Straße, Nr.\*

PLZ, Ort\*

Telefon (tagsüber)\*

E-Mail

Betriebsart\*

Fax

Vorversicherer\*

Vers.-Nr.

(auch mitversicherte Person)

gekündigt zum\*

durch\*  Versicherungsnehmer  Versicherer

versich. Risiken\*

Ich wähle den optimalen Versicherungsschutz:

**AVGS**

inklusive

**PplusVHB**

Arbeitgeber-, Verkehrs-, Gewerberäume- und Spezial-Straf-Rechtsschutz  
inklusive Privatplus-, Verkehrs-, Haus-/Wohnungs- und Berufs-Rechtsschutz  
für einen Inhaber/Geschäftsführer

Ich wähle einen geringeren Versicherungsschutz:

**AVGS**

inklusive

**PplusVHB**

Bitte gewünschte Kombination ankreuzen.

Hinweis: PplusVHB ist nur bei Abschluss von A und  
mindestens einem weiteren Baustein inklusive.

beschäftigte Mitarbeiter

Anzahl Fahrzeuge

Eigentum (selbstgenutzter Gewerberaum)

Miete/Pacht Bruttojahresmiete

Anschrift des Inhabers/Geschäftsführers für die 4er-Kombi Privat:

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Selbstbeteiligung

250 €

150 €

€

4er-Kombi **PplusVHB** für weitere

Inhaber/Geschäftsführer (Bitte Beiblatt nutzen.)

Anzahl

€

Weitere Gewerberäume **G**  
(Bitte Beiblatt nutzen.)

Ich wähle den Gewerberäume-Rechtsschutz  
für weitere selbstgenutzte Gewerbeobjekte

Anzahl

€

Zuschläge/  
Preisvorteile

zzgl.

%

€

abzgl.

%

€

abzgl.

%

€

Jahresbeitrag

Alle Beiträge inklusive Versicherungssteuer. Versicherungssumme 1 Mio. €.

€

Zahlungsweise

jährlich

halbjährlich (+ 3 %)

vierteljährlich (+ 5 %)

monatlich (+ 5 %)

Ich ermächtige Sie, die Beiträge im Lastschriftverfahren einzuziehen.  
Meine Bankverbindung lautet:

Konto-Nr.

Kreditinstitut

BLZ

Versicherungsbeginn

Frühestens einen Tag nach Antragstellung.

ab

Laufzeit

3 Jahre

1 Jahr

Mitteilungsbestätigung

Ich bestätige hiermit, dass mir vor Abgabe meiner Vertragserklärung die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung (Produktinformationsblatt sowie allgemeines Informationsblatt) in Textform klar und verständlich übermittelt worden sind.

Unterschrift

Ich wurde beraten und habe eine  
Dokumentation der Beratung erhalten.

Ich verzichte auf die Beratung.

Ich wurde beraten, verzichte aber  
auf eine Dokumentation der Beratung.

**Hinweise für den Versicherungsnehmer:** Bitte beachten Sie die Einwilligungserklärungen zum Datenschutz, die Hinweise zum Versicherungsverhältnis, zu den Anzeigepflichten und zum Widerrufsrecht auf Ihrer Antragsrückseite. Diese Angaben werden mit Ihrer Unterschrift Vertragsbestandteil.

Datum

Unterschrift

INFO\$TEL: Die Service-Hotline der ÖRAG.

**[INFO\$TEL]**  
Im Recht die Stärkere

GH MNO DEF MNO TUV DEF JKL  
0 1 8 0 1 4 6 3 6 8 3 5

(3,9 Cent/Min. aus dem Festnetz der T-Com; bitte beachten Sie abweichende Preise bei Nutzung anderer Netze, z. B. Mobilfunk)

Aktuelle Infos unter [www.oerag.de](http://www.oerag.de)

#### Einwilligungsklausel zum Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Mit der Unterschrift unter den Versicherungsantrag willigen Sie in folgende Vereinbarung ein:

„Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer und an den Verband öffentlicher Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen. Ich willige ferner ein, dass der Versicherer, der diesen Vertrag als Landesdirektion der ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG vermittelnde Versicherer (Versicherungsgruppe) und die ÖRAG Service GmbH meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich das Merkblatt zur Datenverarbeitung rechtzeitig vor Abgabe meiner Vertragserklärung erhalten habe, oder wenn ich vor Abgabe meiner Vertragserklärung eine gesonderte Verzichtserklärung zur Informationspflicht gem. § 7 VVG unterzeichnet und beigefügt habe.“

#### Einverständniserklärung des Versicherungsnehmers

Mit Ihrer Unterschrift unter den Versicherungsantrag willigen Sie in folgende Vereinbarung ein:

„Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass ich künftig im Rahmen des Versicherungsverhältnisses sowie im Hinblick auf weitere Versicherungs- und Finanzdienstleistungen des Versicherers und seiner Vermittler schriftlich, mündlich, telefonisch oder im Wege anderweitiger elektronischer Kommunikationsmittel (z. B. Teletext, Telefax, E-Mail) vom Versicherer/Versicherungsvertreter informiert und beraten werde. Sollte ich hiermit nicht einverstanden sein, so steht es mir frei, diese Einwilligung sofort zu streichen, ohne dass dies Einfluss auf den Abschluss des Vertrages hat.“

## ÖRAG RECHT\$SCHUTZ

Versicherungs-Aktiengesellschaft  
40549 Düsseldorf, Hansaallee 199,  
Telefon: 0211 529-5333  
Telefax: 0211 529-5200

Vorstand: Clemens Fuchs (Sprecher),  
Andreas Heinsen  
Aufsichtsratsvorsitzender: Ulrich Jansen

Sitz der Gesellschaft: Düsseldorf  
Registergericht: Düsseldorf HRB 12073

#### Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung nach § 8 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG, vertreten durch den Vorstand, Clemens Fuchs (Sprecher) und Andreas Heinsen, Hansaallee 199, 40549 Düsseldorf. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0211 529-5200.

Die Widerrufsfrist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) der ÖRAG sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungstragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Bei wirksamer Ausübung des Widerrufsrechts endet Ihr Versicherungsschutz, und die ÖRAG hat die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlte Prämie unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erstatten, bei vorläufiger Deckung nur den anteiligen Beitrag ab Zugang des Widerrufs, wenn jeweils Leistungen nicht in Anspruch genommen wurden.

#### Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter.

#### Belehrung zu den Anzeigepflichten

Sie sind verpflichtet, die Angaben im Antrag (insbesondere die, welche die Vorversicherung betreffen) wahrheitsgemäß zu tätigen. Bei Verletzung der Anzeigepflicht sind wir zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt.

Bei der ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-Aktiengesellschaft beantrage ich hierdurch gemäß den Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) der ÖRAG (Verbraucherinformationen), gültig ab 01.01.2008, und den vereinbarten Spezialklauseln die umseitig angekreuzten Risiken: Versicherungssumme je Rechtsschutzfall 1.000.000 €. Für die darlehensweise Bereitstellung der Strafkautions gilt ein Höchstbetrag von 100.000 €. Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

#### Zuständige Aufsichtsbehörde

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht,  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn