GRAFSCHMIDT

SICHER IST BESSER.

Antrag auf Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PTG DYN

Antrag stellende Person (= Versicherungsnehmer = versicherte Person)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) | Geburtsdatum | Familienstand

Straße, Haus/Nr. (1. Wohnsitz) | Telefon/Telefax privat

PLZ/Wohnort (1. Wohnsitz) | Telefon/Telefax geschäftlich

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) | Nationalität

Beruf/Dienstbezeichnung | genaue Tätigkeitsbeschreibung

☐ Selbstständiger ☐ Arbeiter ☐ Angestellter ☐ Beamter

Ich beantrage den Abschluss einer Pflegetagegeldversicherung und wähle das nachstehend angekreuzte Angebot. **Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.**

Versicherungsbeginn: 01.

Ja, ich wähle das EXTRA-PFLEGE-GELD ab Pflegestufe I (bitte ankreuzen ☒)

	☐ **Angebot 1**	☐ **Angebot 2**	☐ **Angebot 3**	☐ **Wunschangebot**
Pflegetagegeld **am Tag** bis	**40,00 EUR**	**60,00 EUR**	**80,00 EUR**	**EUR**
Monatsbeitrag				

Einzugsermächtigung

Bankleitzahl | Kontonummer | Geldinstitut

Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers | Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag von meinem Konto abgebucht wird. | Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bestehende bzw. abgelehnte Versicherungen

Pflegetagegeld/Pflegerente (mtl. Rente) | wo? | seit wann oder abgelehnt? | Tagegeldhöhe in EUR

Gesundheitsfragen

1. Körpergröße/-gewicht ____ cm ____ kg
2. Bestehen oder bestanden in den **letzten 3 Jahren** Krankheiten, Unfallfolgen, Fehlbildungen oder sonstige Beschwerden oder fanden Behandlungen oder Untersuchungen statt? Sind Untersuchungen und/oder Behandlungen beabsichtigt oder angeraten? ☐ ja ☐ nein
   Welche/Weshalb/Diagnose/Maßnahmen/ggf. Dioptrien?
   Befund/Folgen?
   Name und Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses
   Maßnahmen? | Behandlungszeitraum/Wann?
3. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (zum Beispiel durch einen AIDS-Test)? ☐ ja ☐ nein
4. Wurde in den **letzten 10 Jahren** eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt oder waren Sie wegen einer Sucht- oder Krebserkrankung in Behandlung? ☐ ja ☐ nein
   Welche/Weshalb/Diagnose?
   Maßnahmen? | Behandlungszeitraum?
   Befund/Folgen?
   Name und Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

Bitte beachten Sie die Schlusserklärungen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärungen. Sie enthalten unter anderem **Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz.** Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil dieses Antrages bzw. des Vertrages.

Mein Recht auf Widerruf und Widerspruch

Ich kann meinen Antrag innerhalb von vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Wenn ich den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformation nach § 10 a Abs. 1 VAG (Kundeninformation) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10 a Abs. 1 a VAG erst nach Unterzeichnung des Antrages erhalte, kann ich außerdem bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang dieser Unterlagen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt ebenfalls die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller und mitzuversichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr

X

Unterschrift Vermittler

Interne Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK

GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2
☐ PV ☐ AF ☐ ÖD ☐ GM				

830422 10.2005

GRAFSCHMIDT

SICHER IST BESSER.

Durchschrift für den Antragsteller

Antrag auf Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PTG DYN

Antrag stellende Person (= Versicherungsnehmer = versicherte Person)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) | Geburtsdatum | Familienstand

Straße, Haus/Nr. (1. Wohnsitz) | Telefon/Telefax privat

PLZ/Wohnort (1. Wohnsitz) | Telefon/Telefax geschäftlich

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) | Nationalität

Beruf/Dienstbezeichnung | genaue Tätigkeitsbeschreibung

☐ Selbstständiger ☐ Arbeiter ☐ Angestellter ☐ Beamter

Ich beantrage den Abschluss einer Pflegetagegeldversicherung und wähle das nachstehend angekreuzte Angebot. **Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.**

Versicherungsbeginn: 01.

Ja, ich wähle das EXTRA-PFLEGE-GELD ab Pflegestufe I (bitte ankreuzen ☒)

	☐ Angebot 1	☐ Angebot 2	☐ Angebot 3	☐ Wunschangebot
Pflegetagegeld **am Tag** bis	**40,00 EUR**	**60,00 EUR**	**80,00 EUR**	**EUR**
Monatsbeitrag				

Einzugsermächtigung

Bankleitzahl | Kontonummer | Geldinstitut

Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers | Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag von meinem Konto abgebucht wird. | Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bestehende bzw. abgelehnte Versicherungen

Pflegetagegeld/Pflegerente (mtl. Rente) | wo? | seit wann oder abgelehnt? | Tagegeldhöhe in EUR

Gesundheitsfragen

1. Körpergröße/-gewicht ____ cm ____ kg
2. Bestehen oder bestanden in den **letzten 3 Jahren** Krankheiten, Unfallfolgen, Fehlbildungen oder sonstige Beschwerden oder fanden Behandlungen oder Untersuchungen statt? Sind Untersuchungen und/oder Behandlungen beabsichtigt oder angeraten? ☐ ja ☐ nein
   Welche/Weshalb/Diagnose/Maßnahmen/ggf. Dioptrien?
   Befund/Folgen?
   Name und Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses
   Maßnahmen? | Behandlungszeitraum/Wann?
3. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (zum Beispiel durch einen AIDS-Test)? ☐ ja ☐ nein
4. Wurde in den **letzten 10 Jahren** eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt oder waren Sie wegen einer Sucht- oder Krebserkrankung in Behandlung? ☐ ja ☐ nein
   Welche/Weshalb/Diagnose?
   Maßnahmen? | Behandlungszeitraum?
   Befund/Folgen?
   Name und Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

Bitte beachten Sie die Schlusserklärungen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärungen. Sie enthalten unter anderem **Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz.** Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil dieses Antrages bzw. des Vertrages.

Mein Recht auf Widerruf und Widerspruch

Ich kann meinen Antrag innerhalb von vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Wenn ich den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformation nach § 10 a Abs. 1 VAG (Kundeninformation) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10 a Abs. 1 a VAG erst nach Unterzeichnung des Antrages erhalte, kann ich außerdem bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang dieser Unterlagen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt ebenfalls die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller und mitzuversichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr

X

Unterschrift Vermittler

Interne Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK

GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2
☐ PV ☐ AF ☐ ÖD ☐ GM				

830422 10.2005

GRAFSCHMIDT

SICHER IST BESSER.

Durchschrift für den Vermittler

Antrag auf Pflegetagegeldversicherung nach Tarif PTG DYN

Antrag stellende Person (= Versicherungsnehmer = versicherte Person)

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname) | Geburtsdatum | Familienstand

Straße, Haus/Nr. (1. Wohnsitz) | Telefon/Telefax privat

PLZ/Wohnort (1. Wohnsitz) | Telefon/Telefax geschäftlich

Adresse des gewöhnlichen Aufenthaltes (sofern abweichend vom 1. Wohnsitz) | Nationalität

Beruf/Dienstbezeichnung | genaue Tätigkeitsbeschreibung

☐ Selbstständiger ☐ Arbeiter ☐ Angestellter ☐ Beamter

Ich beantrage den Abschluss einer Pflegetagegeldversicherung und wähle das nachstehend angekreuzte Angebot. **Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.**

Versicherungsbeginn: 01.

Ja, ich wähle das EXTRA-PFLEGE-GELD ab Pflegestufe I (bitte ankreuzen ☒)

	☐ Angebot 1	☐ Angebot 2	☐ Angebot 3	☐ Wunschangebot
Pflegetagegeld **am Tag** bis	**40,00 EUR**	**60,00 EUR**	**80,00 EUR**	**EUR**
Monatsbeitrag				

Einzugsermächtigung

Bankleitzahl | Kontonummer | Geldinstitut

Name, Vorname und Anschrift des Kontoinhabers = Beitragszahlers | Unterschrift des Kontoinhabers (wenn nicht Antragsteller)

Ich bin damit einverstanden, dass der oben genannte Beitrag von meinem Konto abgebucht wird. | Leistungen aus dem Vertrag werden auf dieses Konto überwiesen.

Bestehende bzw. abgelehnte Versicherungen

Pflegetagegeld/Pflegerente (mtl. Rente) | wo? | seit wann oder abgelehnt? | Tagegeldhöhe in EUR

Gesundheitsfragen

1. Körpergröße/-gewicht ____ cm ____ kg
2. Bestehen oder bestanden in den **letzten 3 Jahren** Krankheiten, Unfallfolgen, Fehlbildungen oder sonstige Beschwerden oder fanden Behandlungen oder Untersuchungen statt? Sind Untersuchungen und/oder Behandlungen beabsichtigt oder angeraten? ☐ ja ☐ nein
   Welche/Weshalb/Diagnose/Maßnahmen/ggf. Dioptrien?
   Befund/Folgen?
   Name und Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses
   Maßnahmen? | Behandlungszeitraum/Wann?
3. Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (zum Beispiel durch einen AIDS-Test)? ☐ ja ☐ nein
4. Wurde in den **letzten 10 Jahren** eine psychotherapeutische Behandlung angeraten oder durchgeführt oder waren Sie wegen einer Sucht- oder Krebserkrankung in Behandlung? ☐ ja ☐ nein
   Welche/Weshalb/Diagnose?
   Maßnahmen? | Behandlungszeitraum?
   Befund/Folgen?
   Name und Anschrift der(s) Behandler(s)/Krankenhauses

Bitte beachten Sie die Schlusserklärungen

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite die Schlusserklärungen. Sie enthalten unter anderem **Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht** und die **Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz.** Sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Durch Ihre Unterschrift werden die Schlusserklärungen Bestandteil dieses Antrages bzw. des Vertrages.

Mein Recht auf Widerruf und Widerspruch

Ich kann meinen Antrag innerhalb von vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Wenn ich den Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen, die Verbraucherinformation nach § 10 a Abs. 1 VAG (Kundeninformation) und das Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht nach § 10 a Abs. 1 a VAG erst nach Unterzeichnung des Antrages erhalte, kann ich außerdem bis zum Ablauf von vierzehn Tagen nach Zugang dieser Unterlagen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widersprechen. Zur Wahrung dieser Frist genügt ebenfalls die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Widerruf bzw. Widerspruch sind zu richten an die: DBV-Winterthur Krankenversicherung AG, Frankfurter Straße 50, 65172 Wiesbaden, E-Mail: info@dbv-winterthur.de.

Unterschrift

Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller und mitzuversichernde Person(en) ab vollendetem 16. Lebensjahr

X

Unterschrift Vermittler

Interne Angaben

KGR	GD/VD	Vermittlernummer 1	Vermittlernummer 2	Motiv	VK

GSG	ZUW	Fremdvermittlernummer	Externe Vertragsreferenz 1	Externe Vertragsreferenz 2
☐ PV ☐ AF ☐ ÖD ☐ GM				

830422 10.2005

Schlusserklärungen der Antrag stellenden und der zu versichernden Person:

Allgemeine Hinweise und Erklärungen

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Die für unser Unternehmen zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BAFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de.

Die Anschrift des Ombudsmanns für private Kranken- und Pflegeversicherungen lautet: Kronenstraße 13, 10117 Berlin.

Soweit Vorteilskonditionen gewährt werden, die vom Bestehen der Mitgliedschaft zu einer Gewerkschaft/einem Verein abhängig sind, erfolgt ein Datenabgleich mit dieser Organisation ohne Bekanntgabe der Versicherungsinhalte.

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung ist im allgemeinen unerwünscht und für den Versicherungsnehmer unzweckmäßig.

Annahmefrist

Für die Annahme des Antrages bestimme ich eine Frist von 6 Wochen; mein Widerrufs- oder Widerspruchsrecht bleibt davon unberührt.

Gesundheitsangaben

In § 16 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB Teil I) ist folgendes geregelt: „Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform. Zu ihrer Entgegennahme sind Versicherungsvermittler nicht bevollmächtigt." Die Gesundheitsfragen sind daher schriftlich zu beantworten. Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen und Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. die Leistungen verweigern. Falls der Antragsteller gewisse Angaben in diesem Antragsformular nicht machen möchte, so kann er diese gegenüber dem Vorstand (Anschrift siehe Versicherungsträger) unmittelbar durch eingeschriebenen Brief nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 3 Tagen erfolgen. Ich verpflichte mich, ärztliche Behandlungen und alle Veränderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrages eintreten, dem Vorstand umgehend schriftlich anzuzeigen.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz

Ich willige ferner 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 Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere 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 die Versicherer der DBV-Winterthur-Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, meine allgemeinen Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Antragsannahme und Vertragsgestaltung erforderlich ist. 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 bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit weiteren gesetzlich vorgesehenen Verbraucherinformationen – auf Wunsch auch sofort – überlassen wird.

Entbindung von der Schweigepflicht

Mir ist bekannt, dass der Versicherer vor Vertragsschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie die Beschäftigten in Krankenhäusern und Gesundheitsämtern von ihrer Schweigepflicht, soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten und behandelt worden bin. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.
Bei Angaben über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge ermächtige ich – soweit Anlass besteht – Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich in Vertragsbeziehungen stehe oder stand, für die Risikoprüfung erforderliche Auskünfte zu erteilen und entbinde sie insofern von der Schweigepflicht.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 5 Jahren nach Antragstellung.
Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu aufgrund des Antrags und/oder der eingereichten Unterlagen ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation). Zu diesem Zweck befreie ich bereits jetzt und unwiderrufbar, die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgenannten Unterlagen genannt sind oder an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht, auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Kranken-, Lebens- und Unfallversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der dazu gespeicherten Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.
Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Versicherungsbedingungen (Vertragsgrundlagen)

Für die Versicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und die Verbraucherinformation nach § 10a VAG. Diese werden Ihnen mit dem Versicherungsschein übersandt; auf Wunsch können sie auch schon bei Antragstellung ausgehändigt werden.

Versicherungsträger

DBV-Winterthur Krankenversicherung Aktiengesellschaft
Zentraldirektion:
Frankfurter Straße 50
65172 Wiesbaden

Sitz Wiesbaden
(AG Wiesbaden - 21 HRB 10120 -)

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Dr. Knud Teichmann

Vorstand: Dr. Frank Keuper (Vors.),
Wolfgang Hanssmann, Hans Joachim Krauß,
Thomas Leicht, Anette Rosenzweig,
Dr. Andreas Schaaf, Dr. Jan Martin Wicke,
Dr. Paul Verhoeven (stv.).

DIRK GRAFSCHMIDT & TEAM ◦ VERSICHERUNGSMAKLER
AUGUSTE-VIKTORIA-ALLEE 2 ◦ 13403 BERLIN

EMAIL
INFO@GRAFSCHMIDT.COM
WWW.GRAFSCHMIDT.COM

FON
030.4147270

FAX
030.41472727