



## Antrag auf Rechtsschutz

Bitte digital ausfüllen und direkt  
an die ISV senden: [info@isv-net.de](mailto:info@isv-net.de)



# Antrag auf Rechtsschutz

für Vorstände, Geschäftsführer und Verhinderungsvertreter der Sparkassen-Finanzgruppe

**Anleitung zur digitalen Bearbeitung:** Bitte den Antrag herunterladen, mit der Acrobat Reader-Funktion „Ausfüllen und Unterschreiben“ bearbeiten und anschließend versenden. Sollte Ihr Gerät die digitale Signatur nicht unterstützen, bitte ausdrucken, manuell unterschreiben und anschließend per Scan versenden.

Mit \* gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Wörtern die männliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Titel			
Vorname*					
Name*					
Straße und Nr.*					
Adresszusatz					
PLZ*		Ort*			
Telefon (privat)*				Geburtsdatum* . .	
E-Mail (privat)					

## Vorversicherung

Vorversicherer\*  
(auch von mitversicherter Person)  Ja  Nein

Gekündigt zum\* . . Gekündigt durch\*  Versicherungsnehmer  Versicherer/einvernehmliche Aufhebung

Versicherungs-Nr.\*

Versicherte Risiken\*  Verkehrs-/Privat-Rechtsschutz  Vermieter-Rechtsschutz

## Sinnvolle Ergänzung zum Top-Manager-Rechtsschutz: Ihr Spezial-Straf-Rechtsschutz




Ich wähle den Spezial-Straf-Rechtsschutz

**Versicherungssumme je Rechtsschutzfall: 2 Mio. €, ohne Selbstbeteiligung**

	Jahresprämie ohne Institutsdeckung <sup>1)</sup>	Jahresprämie mit Institutsdeckung <sup>1)</sup>
<input checked="" type="checkbox"/> Vorstand oder Geschäftsführer	<input type="checkbox"/> 800 €	<input type="checkbox"/> 400 €
<input checked="" type="checkbox"/> Stv. Vorstand, Verhinderungsvertreter oder Generalbevollmächtigter	<input type="checkbox"/> 100 €	<input type="checkbox"/> 100 €

<sup>1)</sup>Mit Institutsdeckung ist gemeint, dass eine Straf-Rechtsschutz-Versicherung für das Institut/Unternehmen besteht.

## Ich wähle den Privat-Rechtsschutz

<input type="checkbox"/>		<b>Rundum-Schutz</b> Privat-, Verkehrs-, Haus- und Wohnungs- und Berufs-Rechtsschutz	
		<b>Versicherungssumme unbegrenzt, Selbstbeteiligung 150<sup>2)</sup>/300 €</b>	<input type="text" value="265,30 €"/>
<input type="checkbox"/>		<b>Rundum-Schutz PLUS</b> (Für nicht versicherte private Angelegenheiten übernimmt Ihr Rundum-Schutz PLUS für einen Fall im Jahr Anwaltskosten bis zu 1.000 €.) <sup>3)</sup>	
		<b>Versicherungssumme unbegrenzt, Selbstbeteiligung 150<sup>2)</sup>/300 €</b>	<input type="text" value="348,60 €"/>
<input type="checkbox"/>		Privat-, Verkehrs- und Haus- und Wohnungs-Rechtsschutz	
		<b>Versicherungssumme unbegrenzt, Selbstbeteiligung 150<sup>2)</sup>/300 €</b>	<input type="text" value="179,90 €"/>

<sup>2)</sup>Ihre Selbstbeteiligung im Rechtsschutzfall, sofern Sie eine von uns für diesen konkreten Rechtsschutzfall empfohlene Rechtsanwaltskanzlei beauftragen.

<sup>3)</sup>Gilt für Angelegenheiten, die von einem in Deutschland zugelassenen Rechtsanwalt bearbeitet werden können und auf die deutsches Recht anwendbar ist. Ausgeschlossen sind Fälle, die vor Versicherungsbeginn oder innerhalb der Wartezeit eintreten.

## Ich wähle zusätzlich den Vermieter-Rechtsschutz

Vermieter-Rechtsschutz (158,00 € je vermieteter Wohneinheit) Anzahl WE

**Wartezeit: 3 Monate, Versicherungssumme unbegrenzt, Selbstbeteiligung 150<sup>2)</sup>/300 €**

**Nur für Vermieter!** Bitte geben Sie hier die Anschrift(en) Ihrer Immobilie(n) an:

Straße und Nr.			
PLZ		Ort	
Straße und Nr.			
PLZ		Ort	
Straße und Nr.			
PLZ		Ort	

## Ihr Antrag auf Rechtsschutz

Seite 2

**Versicherungsbeginn** für den Privat-, Vermieter- und/oder Spezial-Straf-Rechtsschutz (frühestens einen Tag nach Antragstellung)  
Gewünschter Beginn  .  .  **Laufzeit 1 Jahr**

### SEPA-Lastschriftmandat (erforderlich)

Ich ermächtige/Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich meinen/weisen wir unseren genannten Zahlungsdienstleister an, die von Ihnen auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

ÖRAG Rechtsschutzversicherungs-AG  
Gläubiger-ID: DE8201000000125563

Name und Adresse des Zahlers (wenn nicht Antragssteller)

Kreditinstitut\*

IBAN\*

### Belehrung zu den Anzeigepflichten

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

### Mitteilungsbestätigung

Ich bestätige hiermit, dass mir die [Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen](#) sowie die Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung ([Produktinformationsblatt](#) sowie [allgemeines Informationsblatt](#)) in Textform über die Homepage der ISV e.V. übermittelt worden sind.  
**Es gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung (ARB) der ÖRAG, gültig ab 01.01.2024.**

### Beratungsbestätigung

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

Mir ist bewusst, dass sich mein Verzicht nachteilig auf die Möglichkeit auswirken kann, gegen den Versicherungsvermittler oder die Versicherung einen Schadenersatzanspruch wegen Verletzung der Beratungs- und Dokumentationspflicht geltend zu machen.

Unterschrift

X

Ich wurde beraten und habe eine Dokumentation der Beratung erhalten.

### Werbeeinwilligungserklärung

Ich bin bis auf jederzeit möglichen Widerruf damit einverstanden, dass ich künftig im Rahmen des Versicherungsverhältnisses sowie im Hinblick auf weitere Versicherungs- und Finanzdienstleistungen des Versicherers und seiner Vermittler über die gewählten Kommunikationskanäle vom Versicherer bzw. von dessen Versicherungsvermittlern informiert und beraten werde.  
Es steht mir frei, diese Einwilligung gar nicht oder nur für bestimmte Kanäle zu erteilen, ohne dass dies Einfluss auf den Abschluss des Vertrages hat.

Per Telefon  Per Post  Per E-Mail

**Hinweis für den Versicherungsnehmer:** Bitte beachten Sie die Einwilligungserklärungen zum Datenschutz sowie die Hinweise zum Versicherungsverhältnis und zum Widerrufsrecht. Diese werden mit Ihrer Unterschrift Vertragsbestandteil.

Datum  .  .

Unterschrift

X