Antrag auf Unfallvorsorge

mit Werterhöhung

Generali Versicherung AG
1010 Wien, Landskrongasse 1-3
Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien
Firmenbuch HG Wien: FN 38.641a

Aufsichtsbehörde:
Finanzmarktaufsicht,
1020 Wien,
Praterstraße 23

Polizze-Nr. _____ **Antrags-Nr.** _____

Versicherungsnehmer

Familienname | Vorname | Titel | Geburtsdatum

Geschlecht ☐M ☐W | Familienstand | ausgeübter Beruf | Geburtsname | SV-Nummer | Staatsangehörigkeit

Wohnadresse

Straße (Gasse, Platz) Nr., Stiege, Tür | Postleitzahl | Ort | Kundennummer

Zahlungsart und Zahlungsweg

Zahlungsart ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ monatlich (nur bei Lastschrift; bei Nichteinlösung erfolgt vierteljährliche Zahlungsvorschreibung, außer für die Zukunftsvorsorge)

Lastschriftverfahren ☐ ja ☐ nein | Name des Geldinstitutes | Bankleitzahl | Kontonummer | Abbuchungsauftrag ☐ liegt bei ☐ besteht bereits

Ich ermächtige den Versicherer und meine kontoführende Bank widerruftlich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen/abzubuchen. Ich habe das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungsdatum ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner Bank zu veranlassen. Bei Nichteinlösung des monatlichen Prämieneinzugs erfolgt eine vierteljährliche Vorschreibung mit Erlagschein, womit eine Erlagscheingebühr von jeweils EUR 1,02 verbunden ist.

Vor- und Nebenversicherungen

Versicherer	Sparte	Polizzen Nr.	Ablauf	Versicherungssumme	☐ beantragt ☐ aufrecht	☐ abgelehnt ☐ gekündigt

VERSICHERTE PERSON (abweichend von VN) :

Name : **Vorname:** **Geb. Daten:**

Beruf:

Beginn (0 Uhr) : _____ **Ablauf** (0 Uhr) : _____

Beantragt wird ÄRZTE-UNFALL-VORSORGE
(Versicherungsschutz gem. Rahmenvereinbarung Verein zur Sicherung der österreichischen Gesundheitsberufe Stand 5-2007 sowie. AUVB 2006)

O START **O STANDARD** **O EXKLUSIV**

Monatsprämie inkl. Vers.Steuer bei Bankeinzug

O _____ O _____ O _____

Bezugsrecht im Todesfall (Name, Geb.Daten):

Dauerrabatte beim Unfallschutz Bei einer Vertragslaufzeit von 10 Jahren ist in der ausgewiesenen Prämie ein Dauerrabatt von 20% berücksichtigt, der bei vorzeitiger Kündigung durch den Versicherungsnehmer rückgefordert wird. Erfolgt die Kündigung innerhalb der ersten 5 Jahre, beträgt die Nachzahlung 25%, ab dem 6. Jahr 12,5% aller vorgeschriebenen Prämien.

Vorläufige Deckung: (Vereinbarung für Berufssportler nicht möglich) ☐ Vorläufige Deckung wurde vereinbart
Vorläufige Deckung ist ausgeschlossen, sofern sie nicht ausdrücklich vereinbart wurde. Maximalsummen siehe Rückseite

Fragen zur Risikobeurteilung:

Leiden Sie an schweren Nervenerkrankungen oder psychischen Erkrankungen? Sind Sie aufgrund einer Krankheit oder einer Behinderung dauernd arbeitsunfähig?
☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

Betreiben Sie Sport gegen Entgelt, werden Sie im Rahmen der Österreichischen Sporthilfe gefördert, üben Sie eine Sportart in einer der drei höchsten Spielklassen (Fußball) oder in der höchsten Spielklasse aus, gehören Sie einem Nationalkader an?
☐ nein ☐ ja Wenn ja, welche?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die Fragen zur Risikobeurteilung richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer von Ärzten, Krankenanstalten und von sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern oder anderen Versicherungen und Behörden Auskünfte über den Gesundheitszustand einholt und entbindet diese Personen von ihrer beruflichen Verschwiegenheitspflicht. Gesundheitsdaten werden vom Versicherer ausschließlich gemäß § 11a Versicherungsvertragsgesetz verwendet. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.
Mit dem Inhalt einverstanden ☒ ja ☐ nein

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen den Erhalt des Informationsblattes gem. § 24 DSG zur Datenanwendung des Versicherers und stimmen im Sinne des Datenschutzgesetzes ausdrücklich zu, dass der Versicherer und die Gesellschaften der Generali Gruppe sowie deren Kooperationspartner ihre Daten, so wie im Informationsblatt dargestellt, verwenden und ihnen Produkte der Generali Gruppe auch telefonisch, per Fax oder E-Mail angeboten werden. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.
Mit dem Inhalt einverstanden ☒ ja ☐ nein

Ort, Datum | Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters | Unterschrift der (mit)versicherten Person(en)

Der Antragsteller und die versicherte Person bestätigen mit ihrer Unterschrift, dass keine sonstigen Abreden getroffen wurden und sie die umseitigen Informationen zum Versicherungsschutz zur Kenntnis genommen haben.
An diesen Antrag hält sich der Antragsteller 6 Wochen gebunden. Die Antragskopie wurde übergeben.

SK	B	VS	KONTO	PZ	SUBKONTO	TLG AB	TLG FO	TLG PROD

Der Vermittler bestätigt mit seiner Unterschrift, dass der Versicherungsnehmer und die Versicherten die in diesem Antrag gestellten Fragen selbst beantwortet und den Antrag eigenhändig unterschrieben haben.

Unterschrift des Vermittlers