

Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

Vermittler-Nummer	Mitarbeiter-Code
registrierter Berater*) Vor- u. Zuname	Geb.-Datum
	T T M M J J



GARANTA
VERSICHERUNG

ANTRAG AUF GARANTA UNFALLVERSICHERUNG

GARANTA Versicherungs-AG Österreich • Moserstraße 33 • A-5020 Salzburg • Telefon 0662 2426 • Fax 0662 2426-850 • Firmenbuchgericht Landesgericht Salzburg FN 145878b • UID ATU56387500 – eine Zweigniederlassung der GARANTA Versicherungs-AG • Ostendstraße 100 • D-90334 Nürnberg • Deutschland • Sitz und Registergericht Nürnberg HRB 6063

Laut **Persönlichem Berechnungsbeispiel** (dieses ist fixer Bestandteil des Antrags)

Produkt: Unfallversicherung	Tarif:	Gesamtprämie:	Zahlweise:
------------------------------------	---------------	----------------------	-------------------

Vertragsbeginn	Vertragsdauer	Wertanpassung
T T M M J J J J	3 Jahre Hinweis: Der Vertrag wird automatisch verlängert, sofern keine Kündigung erfolgt. Der Vertrag endet, sobald die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat zur nächsten Hauptfälligkeit. (Beachten Sie dazu bitte auch die Erläuterungen zur Unfallversicherung in Ihrem persönlichen Berechnungsbeispiel.)	3 % konstant

PERSONALDATEN

Versicherungsnehmer / Antragsteller – Familienname, Titel, Vorname		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit	männl. weibl. div.
Straße / Haus-Nr. / Stiege / Tür-Nr.		Vorwahl	Tel.-Nr. / Privat/Firma	
PLZ	Ort			
<input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> unselfst.	Beruf / derzeitige Tätigkeit	Anteil der körperl. Tätigkeit	Beschäftigt bei / Branche	
Bestimmte Berufe sind anfragepflichtig oder nicht versicherbar. Beachten Sie dazu bitte die Erläuterungen zur Unfallversicherung in Ihrem Persönlichen Berechnungsbeispiel.				

VERSICHERTE PERSONEN (in gemeinsamem Haushalt) Weitere Kinder tragen Sie bitte im Abschnitt „Sonstige Vereinbarungen / Policenversand / AVB-Erhalt“ ein. Kinder sind bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (unter best. Voraussetzungen bis zum 25. Lebensjahr) versichert. Näheres dazu siehe die beigefügten Erläuterungen zur Unfallversicherung.

	Familienname, Titel, Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	männl.	weibl.	Beruf
Erwachsener 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erwachsener 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kind 1	Familienname, Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	männl.	weibl.	Status (z. B. Schüler)
Kind 2	Familienname, Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	männl.	weibl.	Status (z. B. Schüler)
Kind 3	Familienname, Vorname	geboren am	Staatsangehörigkeit	männl.	weibl.	Status (z. B. Schüler)

Legitimation des Versicherungsnehmers

Reise-pass	Führer-schein	Amtl. Perso-nalausweis	Firmenbuch-auszug	Dokument-Nr.	Ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	Der Versicherungs-nehmer handelt auf	Rechnung von
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> eigene Rechnung	<input type="checkbox"/>

Bezugsberechtigung im Ablebensfall (Name, Geb.-Datum)

Bezugsberechtigung im Erlebensfall (Name, Geb.-Datum)

--	--

holiday UNLIMITED Programm (nur gemeinsam mit einer Unfallversicherung)

Zur Unfallversicherung kann eine Buchungsbechtigung im holiday UNLIMITED Urlaubsprogramms erworben werden. Sie erhalten als Versicherungsnehmer dann für die Dauer Ihres Versicherungsvertrages unlimitierte Anzahl an Hotelgutscheinen für Übernachtungen in holiday UNLIMITED Partnerhotels nach Wahl inkl. einer Begleitperson. Je Hotelaufenthalt können 1 bis 6 Übernachtungen mit holiday UNLIMITED bezahlt werden (Die Mindest- und Maximalaufenthaltsdauer variiert je nach Hotel). Zu zahlen sind lediglich Frühstück und Abendessen pro Person und pro Übernachtung.

Nähere Informationen finden Sie in Ihrem Persönlichen Berechnungsbeispiel und unter www.holiday-unlimited.net/unfall. Ihr Vertragspartner und Betreiber des holiday UNLIMITED Programms ist die **Connex Marketing GmbH, Dr. Schauer Str. 26, 4600 Wels**. Dem holiday UNLIMITED Programm liegen die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Connex Marketing GmbH zu Grunde. Eine Teilnahme am holiday UNLIMITED Programm ist getrennt von einem Versicherungsvertrag nicht möglich.

Zustimmungserklärung zur Teilnahme am holiday UNLIMITED Programm:

Der Versicherungsnehmer stimmt ausdrücklich zu, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (Name, Adresse, Versicherungsbeginn, Vertragsende, Zugangsberechtigung) zur Abwicklung des holiday UNLIMITED Urlaubsprogramms an die Connex Marketing GmbH, Dr. Schauer Str. 26, 4600 Wels, FN: FN 135472z LG Wels übermittelt.

- Ich möchte holiday UNLIMITED zu meinem Unfallversicherungsvertrag einschließen und bin daher mit der oben beschriebenen Übermittlung meiner Daten an Connex einverstanden. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.
- Ich bin damit einverstanden, seitens Connex zum holiday UNLIMITED Programm Informationen und Neuigkeiten per E-Mail zu erhalten, dazu wird die E-Mail Adresse an Connex Marketing GmbH übermittelt Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

*) nur für selbständige gewerblich registrierte Subvermittler auszufüllen.

ERKLÄRUNG DER VERSICHERTEN PERSON

Für weitere Kinder tragen Sie bitte im Abschnitt „Sonstige Vereinbarungen / Polizzenversand/ AVB-Erhalt“ die Antworten unter Nennung der jeweiligen Nr. der u.a. Fragen ein.

Vorvertragliche Anzeigepflicht:

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Bitte beantworten Sie alle Antragsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig. Für die Richtigkeit der Angaben sind Sie allein verantwortlich, auch wenn Sie den Antrag nicht selbst ausgefüllt haben. Der Vermittler darf über die Erheblichkeit von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindlichen Erklärungen abgeben. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Beachten Sie dabei bitte, dass jede bis zur Annahme des Antrages noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person dem Versicherer unverzüglich in Schriftform (d. h. mit eigenhändiger Unterschrift) anzuzeigen ist. Eine falsche oder unvollständige Beantwortung kann dazu führen, dass der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten oder kündigen bzw. die Leistung verweigern oder reduzieren kann.

	Erwachsener 1	Erwachsener 2	Kind 1	Kind 2	Kind 3
1. Leiden oder litten Sie innerhalb der letzten 5 Jahre an Gebrechen bzw. Erkrankungen (z. B. der Wirbelsäule, Diabetes, Epilepsie, Nerven- und Gehirnerkrankungen) oder haben Sie durch frühere Unfälle Verletzungen erlitten und welche Folgen sind geblieben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
2. Bestehen bereits Unfallversicherungen auf Ihr Leben oder wurden solche beantragt? Wann? Bei welchem Unternehmen? Höhe der Versicherungssumme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
3. Berufs- und Freizeitrisiko: Sind Sie durch Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiven oder radioaktiven Stoffen, Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten oder in Krisengebieten, Fallschirmspringen, Flugsport, Klettersport, Kampfsport, Motorsportaktivitäten)? Entgeltliche Sportausübung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				

Bestimmte Freizeitrisiken und Berufe sind anfragepflichtig oder nicht versicherbar. Beachten Sie dazu bitte die Erläuterungen zur Unfallversicherung in Ihrem persönlichen Berechnungsbeispiel.

Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind bitte direkt und so rasch als möglich dem Versicherer in Schriftform nachzureichen. Nach den gesetzlichen Bestimmungen erhalten Sie von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist, sofern uns ein Nachweis für eine Behinderung vorliegt (z. B. ein gültiger Behindertenpass nach § 40 BGG).

Frage Nr.	VP	Art der Gefahr, der Krankheit, des Leidens, der entgeltlichen Sportausübung	Art der Behandlung z. B. Operation / Bestrahlung usw.	Beginn / Ende der Krankheit, der Behandlung, des Krankenhausaufenthaltes	Name und Anschrift der Ärzte, Behandler, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u. ä.

WICHTIGE ERKLÄRUNGEN, VEREINBARUNGEN UND INFORMATIONEN

EINWILLIGUNGSKLÄRUNGEN

1. ZUSTIMMUNG ZUR ERMITTLUNG UND ÜBERMITTLUNG VON DATEN

1.1 bei Vertragsabschluss

Zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, benötigen wir einen Überblick über Ihre medizinische Vorgeschichte. Bitte stellen Sie uns sämtliche Krankenunterlagen der letzten 5 Jahre zur Verfügung, insbesondere, wenn eine der 3 Gesundheitsfragen mit „Ja“ beantwortet wurde.

1.2 im Versicherungsfall

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf. Es wird darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit besteht, in jedes Auskunftersuchen gesondert einzuwilligen.

Unerlässliche Auskünfte in diesem Sinn sind die im Einzelfall zu Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung des Versicherungsfalls unerlässlichen medizinischen Unterlagen (bspw. Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsbeendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz- und Behördenprotokolle.

Die Erteilung der Einwilligung hat zur Folge, dass dem Versicherer die angefragten, gesundheitsbezogenen Daten offengelegt und von diesem zur Beurteilung des Versicherungsfalls herangezogen und verarbeitet werden. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Im Fall der Nichterteilung der Einwilligung können die für die Prüfung des Versicherungsfalls notwendigen Auskünfte vom Versicherer nicht selbst eingeholt bzw. beigebracht werden. In diesem Fall sind die notwendigen Auskünfte vom Antragsteller / der zu versichernden Person beigezubringen und kann dies zu einer längeren Bearbeitungsdauer beim Versicherer führen. Werden die notwendigen Auskünfte vom Antragsteller/ der zu versichernden Person nicht beigebracht, kann die Prüfung des Versicherungsfalls und somit eine allfällige Leistungserbringung des Versicherers nicht erfolgen.

In jedem Fall werden der Antragsteller und die zu versichernde Person im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung, deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser beabsichtigten Datenermittlung kann sodann binnen 14 Tagen ab Bekanntgabe widersprochen werden. Wird Widerspruch erhoben, so können die für die Prüfung des Versicherungsfalls notwendigen Auskünfte vom Versicherer nicht selbst eingeholt werden. In diesem Fall sind die notwendigen Auskünfte vom Antragsteller/ der zu versichernden Person selbst beigezubringen und kann dies zu einer längeren Bearbeitungsdauer beim Versicherer führen. Werden die notwendigen Auskünfte vom Antragsteller/ der zu versichernden Person nicht beigebracht, kann die Prüfung des Versicherungsfalls und somit eine allfällige Leistungserbringung des Versicherers nicht erfolgen.

2. ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Sofern der Antragsteller / die versicherte Person ihr Einwilligung im Sinn des Punkt 1.2. erteilt hat, entbinden sie die oben angeführten Personen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der erteilten Zustimmungserklärung.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift der versicherten Person(en) sofern nicht Antragsteller
-------	---------------------------------	---

INFORMATIONEN ZU ANDEREN VERSICHERUNGSPRODUKTEN

Der Versicherungsnehmer und die zu versichernden Personen stimmen ferner ausdrücklich zu, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (z.B. Name, Adresse, Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme; keinesfalls sensible Daten) zu ihrer Information und Beratung auch über andere Finanzdienstleistungsprodukte (Leben-, Unfall- und KFZ-Versicherungsprodukte, Investmentfonds, Wertpapierdienstleistungen) verwendet oder durch Vertriebspartner, Konzern- und sonstige Partnerunternehmen des Versicherers verwendet lässt, und dass zu diesem Zweck mit dem Versicherungsnehmer und den zu versichernden Personen auch telefonisch, per SMS, per Fax, per E-Mail usw. Kontakt aufgenommen werden kann. Konzern- und Partnerunternehmen sind insbesondere die Merkur Lebensversicherung AG, die GÖVD GARANTA Österreich Vermittlungsdienst Ges.m.b.H. und die GÖS GARANTA Österreich Service GmbH, jeweils Moserstr. 33, 5020 Salzburg. Die aktuellen Konzern- und Partnerunternehmen sind auf unserer Homepage www.garanta.at zu finden oder können über unsere kostenlose Servicehotline 0662 2426-868 erfragt werden.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen erklären sich ausdrücklich mit den Informationen zu anderen Versicherungsprodukten

einverstanden nicht einverstanden Eine Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

VEREINBARUNG ZUR FORM VON ERKLÄRUNGEN UND ANDEREN INFORMATIONEN

Schriftform:

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bzw. versicherte Person(en) oder sonstigen Dritten bedürfen der Schriftform. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger die Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

- Erklärungen und Ergänzungen zum Antrag (insbesondere Auskünfte zur Gesundheit)
- Kündigungen
- Anträge auf Änderung der Prämie, der Leistung, des Tarifs od. des Risikos sowie Wechsel von Versicherungsnehmer oder versicherter Person(en)
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung)
- Rechtseinräumungen (Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung)
- Erteilung eines SEPA-Mandats
- Erteilung einer Vollmacht
- Verlusterklärung der Polizze
- Antrag auf Leistung im Versicherungsfall
- Fragebogen zur Leistungsprüfung

Zusätzlich kann die Schriftform auch aufgrund gesetzlicher Regelungen erforderlich sein.

Geschriebene Form:

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person(en) oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Eine eigenhändige Unterschrift ist hier nicht erforderlich. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Fax oder E-Mail), entsprochen. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Person oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Mit dieser Vereinbarung bin ich (als Antragsteller bzw. Versicherungsnehmer) ausdrücklich einverstanden.
(Ohne Zustimmung ist eine Annahme des Antrags nicht möglich!)

VEREINBARUNG DER ELEKTRONISCHEN KOMMUNIKATION

Im Zusammenhang mit dem von mir beantragten Versicherungsvertrag sollen vertragsrelevante Inhalte auf elektronischem Wege in der nachfolgend bestimmten Weise übermittelt werden. Ich verfüge über einen regelmäßigen Zugang zum Internet. Erklärungen und andere Informationen bzw. Benachrichtigungen des Versicherers sind **unverschlüsselt** an folgende E-Mail-Adresse zu übermitteln:

(Nur eine E-Mail Adresse angeben.)

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Versicherer bestimmte vertragsrelevante Unterlagen ausschließlich in Papierform übermittelt. Diese sind: alle Unterlagen, die gesundheitliche Daten enthalten, Formulare der GARANTA, die mit eigenhändiger Unterschrift zu retournieren sind, Mahnungen sowie etwaige Leistungsablehnungen. Die Originalpolizze wird elektronisch und zusätzlich in Papierform übermittelt. Bei Unzustellbarkeit der Kommunikation auf elektronischem Weg wird seitens Versicherer die Kommunikation auf den Postweg umgestellt.

Erklärungen und andere Informationen durch mich, der versicherten Person(en) oder Dritten sind zu übermitteln an die E-Mail-Adresse gd@garanta.at.

Jede Vertragspartei ist verpflichtet, der anderen Partei Änderungen zur oben angeführten elektronischen Adresse bekannt zu geben.

Ungeachtet der vereinbarten elektronischen Kommunikation habe ich das Recht, jederzeit (jeweils einmal kostenfrei) elektronisch erhaltene Erklärungen und andere Informationen auf Papier oder in einer anderen vom Versicherer allgemein zur Auswahl gestellten Art ausgefolgt zu erhalten. Von der Möglichkeit zur elektronischen Übermittlung sind jene Erklärungen und andere Informationen ausgenommen, welche auf Grund gesetzlicher Vorschrift oder vertraglicher Vereinbarung der Schriftform (mit Unterschrift) bedürfen. Die Vereinbarung über die elektronische Kommunikation kann von jeder Vertragspartei jederzeit widerrufen werden.

Mit dieser Vereinbarung bin ich ausdrücklich einverstanden.

Sonstige Vereinbarungen | Polizzenversand | AVB-Erhalt

Sonstige Vereinbarungen und Anliegen des VN

Ich wünsche den Polizzenversand an

Versicherungsnehmer (Regelfall) Vermittler (Zustellvollmacht erteilt)

Mir wurden die Versicherungsbedingungen

übergeben nicht übergeben

Wichtige Hinweise zu Angabe am Antrag und zu Willenserklärungen

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Dies gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden.

Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, kann der Versicherer binnen drei Jahren seit Vertragsschluss vom Vertrag zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben.

Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten. Wenn nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird der Rücktritt gegenstandslos. Wird der Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, so bleibt die Leistungspflicht bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistung gehabt haben.

BELEHRUNG ÜBER DAS RÜCKTRITTSRECHT

gemäß § 5c VersVG

- (1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
- (2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
- (3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an:
Die GARANTA Versicherungs-AG Österreich, Moserstraße 33, 5020 Salzburg
Fax: 0662 2426-850; E-Mail: gd@garanta.at
Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
- (4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
- (5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

gemäß § 8 FernFinG

- (1) Sie können als Verbraucher vom Vertrag oder Ihrer Vertragserklärung gemäß § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG) bis zum Ablauf der in Abs. 2 genannten Frist ohne Angabe von Gründen zurücktreten.
- (2) Die Rücktrittsfrist beträgt 14 Tage und beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein oder vorherige gesonderte Annahmeerklärung). Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger (z. B. Brief, Fax, E-Mail) erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.
- (3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an:
Die GARANTA Versicherungs-AG Österreich, Moserstraße 33, 5020 Salzburg
Fax: 0662 2426-850; E-Mail: gd@garanta.at
- (4) Haben Sie die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen. Innerhalb der Rücktrittsfrist darf mit der Erfüllung des Vertrags erst nach ausdrücklicher Zustimmung des Verbrauchers begonnen werden.
- (5) Üben Sie Ihr Rücktrittsrecht nach § 8 FernFinG nicht aus, so bleibt der Versicherungsvertrag bestehen. Sie erhalten den vereinbarten Versicherungsschutz und Sie sind zur Zahlung der vereinbarten Prämie verpflichtet.
- (6) Treten Sie nach § 8 FernFinG zurück, so können wir lediglich die unverzügliche Zahlung des Entgelts für die vertragsgemäß tatsächlich bereits erbrachte Dienstleistung verlangen. Der zu zahlende Betrag darf nicht höher sein, als es dem Anteil der bereits erbrachten Dienstleistungen im Verhältnis zum Gesamtumfang der vertraglich vereinbarten Dienstleistungen entspricht. Wir können die Zahlung dieses Entgelts nur verlangen, wenn wir Sie über die Frist und Modalitäten für die Ausübung dieses Rücktrittsrecht einschließlich des Betrags, den Sie gegebenenfalls zu entrichten haben, sowie die Folgen der Nichtausübung des Rechts informiert haben und wenn Sie dem Beginn der Erfüllung des Vertrags vor Ende der Rücktrittsfrist ausdrücklich zugestimmt haben. Treten Sie nach § 8 FernFinG vom Vertrag zurück, so haben wir Ihnen unverzüglich, spätestens aber binnen 14 Tagen ab Erhalt der Rücktrittserklärung, jeden Betrag, den wir von Ihnen vertragsgemäß erhalten haben, abzüglich des von Ihnen zu entrichtenden Entgelts, zu erstatten.

ANTRAGSUNTERFERTIGUNG

Bevor Sie diesen Antrag unterschreiben, lesen Sie die Erläuterungen zur Unfallversicherung in Ihrem Persönlichen Berechnungsbeispiel sorgfältig durch. Sie enthalten unter anderem Informationen zum gewählten Versicherungsprodukt (Auszug), zum etwaigen Vorliegen eines vorläufigen Sofortschutzes, Vertragslaufzeit, Mitversicherung, Kündigungsmöglichkeiten, steuerrechtliche Hinweise. Sie machen diese Informationen mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Antrages.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller
– Versicherungsnehmer (Vor-, Zuname)

Unterschrift der versicherten Person – wenn nicht Antragsteller (Vor-, Zuname) bzw. des gesetzlichen Vertreters bei minderjährigem Antragsteller

Unterschrift Vermittler
für den Antrag und die Bestätigung
des Vermittlers – Firmenstempel