

Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen alle Geschlechter gleichermaßen.



Vermittler-Nummer	Mitarbeiter-Code
Registrierter Berater*) Vor- und Zuname	Geb.-Datum TT MM JJ

ANTRAG AUF

Beantragt wird jeweils ein Versicherungsvertrag laut beiliegendem unterschriebenen Persönlichen Berechnungsbeispiel. Diese Beilage ist fixer Bestandteil des Antrags.

Produkt	Haupttarif (Tarifkennzeichen)	Zusatztarif/e	Gesamtprämie (vor Abzug ev. Gewinne)	Zahlweise (jährlich, monatlich,...)

Je nach beantragtem Tarif können zusätzliche Angaben/Erklärungen nötig sein. Siehe dazu bitte unter „Zusätzliche tarifspezifische Angaben/Erklärungen“.

PERSONALDATEN - (VP = VN)

Falls die Versicherte Person vom VN abweicht oder es eine zweite Versicherte Person gibt, tragen Sie bitte deren Daten unter „Sonstige Vereinbarungen“ ein oder verwenden dazu ein gesondertes Blatt. Ausnahme: Bei Kindervorsorge (FLV) tragen Sie die Daten des versichernden Kindes (VP1) unter „Zusätzliche tarifspezifische Angaben/Erklärungen“ ein. Dasselbe gilt für Daten eines etwaigen vom VN abweichenden Versorgers (VP2).

Versicherungsnehmer / Antragsteller und versicherte Person - Familienname, Titel, Vorname		Geburtsdatum TT MM JJ		Staatsangehörigkeit		männl. weibl. div.		Firma
Geburtsland		Geburtsort		Telefonnummer				
Wohnsitzadresse: Straße / Haus-Nr. / Stiege / Tür-Nr. (Falls Zustelladresse abweicht, bitte unter „Sonstige Vereinbarungen“ anführen.)				Ort		PLZ		
Derzeitige berufliche Tätigkeit (Für die Berufsunfähigkeitsversicherung geben Sie bitte alle Berufe bzw. Tätigkeiten an, für die Sie Einkommen beziehen.)				beschäftigt bei		Branche		
Wie sind Ihre finanziellen Verhältnisse? (durchschnittliches monatliches Gesamtnettoeinkommen einschl. Zulagen, Nebeneinkünfte etc.)								
<input type="checkbox"/> unter € 1.500,-		<input type="checkbox"/> € 1.500,- bis € 2.500,-		<input type="checkbox"/> € 2.500,- bis € 3.500,-		<input type="checkbox"/> über € 3.500,-		<input type="checkbox"/> über € 6.000,-
Für Veranlagungen stehen dem Kunden frei zur Verfügung:								
frei verfügbares laufendes monatliches Vermögen:				frei verfügbares Vermögen:				

ANGABEN ZUR STEUERPFICHT (Bei Beantwortung der u.a. Fragen mit NEIN bitte Zusatzformular/e „Selbstauskunft“ ebenfalls ausfüllen.)

Versicherungsnehmer = Natürliche Person
(auch Einzelunternehmer sind natürliche Personen)
Ich bestätige, dass ich nur in Österreich steuerlich ansässig (Wohnsitz) und nicht in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) oder andernorts steuerpflichtig bin. Ich verpflichte mich, der Versicherung Änderungen meiner steuerlichen Ansässigkeit oder meiner Steuerpflicht in den USA unverzüglich mitzuteilen und nehme zur Kenntnis, dass Zahlungen des Versicherers gemäß den Allgemeinen Vertragsbedingungen (Punkt „Angaben zur Steuerpflicht“) nur erfolgen, wenn der Empfänger über Aufforderung des Versicherers die dort genannten Auskünfte und Bestätigungen zu seiner Steuerpflicht abgibt.

Versicherungsnehmer = Keine natürliche Person
(z.B. Personen- und Kapitalgesellschaften, Vereine, Genossenschaften, Stiftungen)
Es wird bestätigt, dass der Versicherungsnehmer nur in Österreich steuerlich ansässig (Sitz) und ein aktiver NFE (Non-Financial Entity)* im Sinne von § 95 GMSG, BGBl 116/2015 ist.
*Der Ausdruck NFE (Non-Financial Entity) bedeutet einen Rechtsträger, der kein Finanzinstitut ist. Vereinfacht gesagt handelt es sich um einen aktiven NFE, wenn das Unternehmen einen „realen“ Gewerbebetrieb betreibt, während sich ein passiver NFE überwiegend auf das Halten von Investments beschränkt. Beachten Sie jedoch die genaue Definition der §§ 94 und 95 GMSG. Die Gesetzestexte finden Sie im Downloadbereich unserer Homepage bzw. können Sie diese auf Wunsch auch zugesandt erhalten.

Ja Nein

Ja Nein

LEGITIMATION DES VERSICHERUNGSNEHMER

Reise- pass	Führer- schein	Amtl. Perso- alausweis	Firmenbuch- auszug	Dokument-Nr.	Ausstellende Behörde	Astellungsdatum	Der Versicherungsnehmer handelt auf <input type="checkbox"/> eigene Rechnung Rechnung von: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

LEGITIMATION D. PRÄMIENZÄHLERS FALLS NICHT IDENT MIT VN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	eigene Rechnung Rechnung von: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Identifizierung erfolgt in persönlicher Anwesenheit der Person
 Ja Nein (Wenn Nein, dann ist ein Meldezettel oder eine offizielle Rechnung an diese Adresse in Kopie beizulegen.)
 Handelt es sich beim Versicherungsnehmer um eine juristische Person, so sind dem Versicherer während der Vertragslaufzeit Änderungen in der Person des wirtschaftlichen Eigentümers oder in der Vertretungsbefugnis unverzüglich anzuzeigen; Änderung der Vertretungsbefugnis unter Vorlage einer eindeutig lesbaren Ausweiskopie (Reisepass, Führerschein oder Personalausweis (beidseitig)).

BEZUGSRECHT UND RECHTSEINRÄUMUNG (bei Kindervorsorge bitte hier nichts ausfüllen.)

Bezugsberechtigter im Erlebensfall		Im Ablebensfall (Name, Geb.-Datum)	
Versicherungsnehmer		<input type="text"/>	
Rechtseinräumung		VS €	Kreditkontonummer
<input type="checkbox"/> Vinkulierung	<input type="checkbox"/> Abtretung	<input type="checkbox"/> Verpfändung	<input type="text"/>

*) nur für selbständige gewerblich registrierte Subvermittler auszufüllen

ZUSÄTZLICHE TARIFSPECIFISCHE ANGABEN/ERKLÄRUNGEN

Bei Berufsunfähigkeitsversicherung (als Haupt-oder Zusatztarif)

Berufliche Angaben Im Persönlichen Berechnungsbeispiel eventuell vermerkte zusätzliche Berufs- und Ausbildungsangaben gelten zusätzlich.

Vorbildung

Hauptschule Lehre Fachschule Matura Meisterbrief Hochschule kaufm. Ausbildung

Sonstige Aus- und Weiterbildung

Anteil der körperl. Tätigkeit:

Ausübung des derzeitigen Berufs seit

% Jahren

Beschreibung der beruflichen Tätigkeit in Stichworten

Wenn selbstständig: Stellung im Betrieb

Anzahl beschäftigter Mitarbeiter

selbstständig unselbstständig

Zusatzklärung für BU-Renten über € 18.000,- Jahresrente

Jährliches Nettoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit Falls das Einkommen Schwankungen unterliegt, geben Sie bitte die Nettoeinkommen der letzten 3 Jahre an.

€ 2 0 2 0 2 0

Verfügen Sie über weitere Einkommen aus Neben-Tätigkeiten? (auch selbstständig):

Haben Sie Rentenansprüche für den Fall der Berufsunfähigkeit an andere Versicherungsträger?

€ Sozialversicherung betriebliche Altersversorgung Beamtenversorgung berufsständische Versorgung

keine Ansprüche

Bei Berufsunfähigkeitsversicherung Plan B Plus

holiday UNLIMITED (nur gemeinsam mit einer Plan B Plus Versicherung)

Zur Berufsunfähigkeitsversicherung kann eine Buchungsberechtigung im holiday UNLIMITED Wellness & Gesundheitsprogramm erworben werden. Sie erhalten damit für die Dauer Ihres Versicherungsvertrages eine unlimitierte Anzahl an Hotelgutscheinen für Übernachtungen in holiday UNLIMITED Partnerhotels für Sie und eine Begleitperson in einem Doppelzimmer. Sie zahlen lediglich Frühstück und Abendessen pro Person und pro Übernachtung. Nähere Informationen finden Sie im Persönlichen Berechnungsbeispiel und insbesondere unter www.holiday-plus.net/PlanB. Ihr Vertragspartner und Betreiber des holiday UNLIMITED Wellness & Gesundheitsprogramms ist ausschließlich 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, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (Name, Adresse, Versicherungsbeginn, Vertragsende, Zugangsberechtigung) zur Abwicklung des holiday UNLIMITED Programms an die Connex Marketing GmbH, Dr. Schauer Str. 26, 4600 Wels, FBNr.: FN 135472z LG Wels übermittelt.

Ich möchte holiday UNLIMITED 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).

Bei Risikoversicherung

Erklärung der versicherten Person zum Raucher/Nichtraucherstatus

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Nikotin (z. B. über Zigarette, Zigarre, Pfeife, Wasserpfeife, E-Zigarette, E-Pfeife, E-Shisha, Nikotinpflaster/-kaugummi) konsumiert? (Bitte beachten Sie: Bereits der einmalige Konsum von Nikotin in den letzten 12 Monaten verhindert den Nichtraucher-Status!)

Ja Nein, auch nicht einmalig in den letzten 12 Monaten.

Bei Beantwortung mit „Nein“ gilt für Sie der Nichtraucherstatus. Der Versicherer darf den Nichtraucherstatus bis zur Antragsannahme und auch noch danach, während der Vertragslaufzeit, überprüfen. Änderungen des Nichtraucherstatus sind dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen. Fällt der Nichtraucherstatus weg, führt dies zu einer Umstellung des Vertrages auf einen Rauchertarif. Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann im Versicherungsfall die Leistung bis auf die Deckungsrückstellung reduzieren. Genauere Informationen dazu finden Sie in Ihrem Persönlichen Berechnungsbeispiel im Punkt Leistungsbeschreibung.

Bei Kindervorsorge (Fondsgebundene Lebensversicherung mit Weiterzahlung der Prämien bei Tod des Versorgers)

Personaldaten des versicherten Kindes (VP1) und des Versorgers (sofern dieser vom VN abweicht) (VP2)

Daten des zu versichernden Kindes – Familienname, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

männl. weibl. divers

Straße / Haus-Nr. / Stiege / Tür-Nr.

Telefonnummer

PLZ Ort

derzeitige Tätigkeit

Daten des Versorgers – wenn nicht ident mit Versicherungsnehmer

Name, Adresse, Beruf

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

männl. weibl. divers

Bezugsrecht

Bei Erleben: Versicherungsnehmer

Bei Ableben: der überlebende Versicherte

GESUNDHEITSFRAGEN UND SONSTIGE RISIKORELEVANTE ERKLÄRUNGEN

Vorvertragliche Anzeigepflicht: Der Antragsteller/Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständig 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 der Versicherung 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. im Versicherungsfall die Leistung bis auf die Deckungsrückstellung reduzieren kann. Weitere Informationen dazu finden Sie unter „Wichtigen Hinweise zu Angaben am Antrag und zu Willenserklärungen“.

Erklärung der versicherten Person(en) (bitte immer ausfüllen – außer bei reiner FLV ohne Zusätze)

Bei Kindervorsorge sind nur Angaben zum Versorger unter VP 2 nötig.

Name und Anschrift des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist.

VP 1

VP 2

Körpergröße cm

Gewicht kg

Körpergröße cm

Gewicht kg

Erklärung/en der versicherten Person/en für Fondsgebundene Lebensversicherungen als Kindervorsorge, Berufsunfähigkeits-, Pflegerenten- und Risikoversicherungen, auch in der Ausprägung als Zusatztarif:

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich um keine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. **Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte unverzüglich dem Versicherer in Schriftform (d.h. mit eigenhändiger Unterschrift) nach.**
Nach den gesetzlichen Bestimmungen erhalten Sie von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlags, eines Risikoauschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist, sofern uns ein Nachweis für eine Behinderung vorliegt (z.B. ein gültiger Behindertenpass nach § 40 BGG).

Bei Kindervorsorge sind nur Angaben für VP2 (= Versorger) nötig.

	VP 1		VP 2	
1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen				
a) des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße (z.B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörungen, Schlaganfall, Krampfadern, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) der Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz (z.B. Magengeschwür, Darmblutung, erhöhte Leberwerte, Zirrhose)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust (z.B. Nierenbeckenentzündung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung, Dialysebehandlung)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
e) des Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutfettwerte, Gicht, Anämie, Leukämie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
f) des Gehirns, Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Gangunsicherheit, Parkinsonsche Erkrankung, Schwindel, Alzheimerische Erkrankung, Demenz)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
g) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben (z.B. Bewegungseinschränkung, Gelenkfehlstellung, Meniskusris, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie, Bechterew Erkrankung, Osteoporose)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
h) der Augen (z.B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Sehnervenentzündung, grauer/grüner Star, Fehlsichtigkeit von 8 Dioptrien oder mehr: links: _____ rechts: _____)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
i) der Haut (z.B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtsstörungen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
j) der Haut oder Allergien (z.B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
k) gutartige Tumorerkrankungen (z.B. Zyste, Adenom)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
l) Infektionskrankheiten, Geschlechterkrankungen, Tropenkrankheiten (z.B. Malaria, Hepatitis, Tuberkulose, Borreliose)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
m) der Psyche (z.B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung, Suchterkrankung (z.B. Einnahme von Drogen, Folgen von Alkoholgenuss)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
n) Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (M.d.E. _____ %)? Wurde in den letzten 5 Jahren ein Antrag auf M.d.E. gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
o) Bei Einschluss einer Pflegerenten-Zusatzversicherung: Bestehen körperliche, seelische, geistige Beeinträchtigungen (z.B. angeborene Behinderungen, Missbildungen, Amputationen, Versteifungen, Lähmungen, Schwerhörigkeit) bzw. ist eine gesetzliche Pflegestufe anerkannt bzw. beantragt? Pflegestufe: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z.B. Krebs), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV Infektion festgestellt (positiver Aids-Test)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z.B. Psychotherapeuten, Physiotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden? Von welchen (Anschrift und Fachrichtung)? Wann? Weshalb?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. Wurden in den letzten 12 Monaten Arzneimittel (z.B. Bluthochdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsen-tabletten) verordnet bzw. eingenommen? Welche? Wann? Wie lange?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Erfolgt in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Berufs- oder Freizeitrisko: Sind Sie Gefahren im Beruf (z.B. Flugrisiko, Chemikalien, explosive Stoffe, radioaktive Stoffe/Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten), bei Sport oder Hobby (z.B. Fallschirmspringen, Flugsport aller Art, Motorsport, Tauchsport, Teilnahme an Reitwettbewerb, Bergsport - ausgenommen Wandern, Kampfsport oder andere Extremsportarten) ausgesetzt? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7. Auslandsaufenthalt: Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten* vorgesehen? Wo? Zeitraum? Grund? *Krisengebiete: Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reisewarnung des Außenministeriums besteht. Informationen hierzu finden Sie unter www.bmeia.gv.at in der Rubrik Bürgerservice im Punkt Reisewarnungen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> berufl.	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> berufl.	<input type="checkbox"/> privat
8. Gesamtversicherungsschutz: Wurden in den letzten 5 Jahren Lebens-, Dread-Disease- bzw. Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits- oder Pflegerentenversicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen? Wenn ja, weshalb?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9. Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschl. Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dread Disease oder Pflegerentenversicherung) oder wurden in den letzten 5 Jahren bzw. werden zeitgleich solche beantragt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art der Versicherung:	Wann? Bei welchen Unternehmen?		Höhe der Vers.-Summe / jährliche Rente	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		€ <input type="text"/>	

Pflegerentenversicherung: Ergänzende Fragen für versicherte Personen ab Alter 65

P1. Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
P2. Benötigen Sie Hilfe oder Unterstützung im alltäglichen Leben? (z.B. beim Essen, Waschen oder Baden, An- oder Auskleiden, um die Toilette zu benutzen, um sich von einem Stuhl aufzurichten oder das Bett zu verlassen, um sich im Haus zu bewegen oder das Haus zu verlassen)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
P3. Benutzen Sie eine Gehhilfe? (z.B. Spazierstock, Gehwagen, Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
P4. Haben Sie Schwierigkeiten mit der Kontrolle von Urin oder Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nähere Angaben zu den Fragen die mit Ja beantwortet wurden

Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine der Fragen (1 bis 9 bzw. P1. bis P4.) mit ja beantwortet wurde (z.B. Art, Schwere und Dauer der Krankheit, Art und Umfang der Behandlungen, Folgen, ggf. Arbeitsunfähigkeits-Zeiten, Name und Anschrift des behandelnden Arztes bzw. Behandlers).

Haben Sie zu diesem Zweck Beiblätter beigefügt?	Anzahl:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frage Nr.	Art der Gefahr, der Krankheit, des Leidens, Grad und Ursache d. Erwerbsminderung usw.	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.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

WICHTIGE ERKLÄRUNGEN, VEREINBARUNGEN UND INFORMATIONEN

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

1. ZUSTIMMUNG ZUR ERMITTLUNG UND ÜBERMITTLUNG VON DATEN

1.1 bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller und/oder die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

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.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; 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-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden. Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

2. ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT

Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden die oben angeführten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

Als Antragsteller bzw. versicherte Person erkläre ich mich ausdrücklich mit den Punkten 1 und 2 einverstanden.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der versicherten Person(en) sofern nicht Antragsteller

Verhinderung der Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung

Versicherer sind zur Verhinderung der Geldwäscherei und Terrorismusfinanzierung im Finanzmarkt verpflichtet, den Versicherungsnehmer, vertretungsbefugte Personen und Prämienzahler zu identifizieren und den PEP (politisch exponierte Person) Status sowie die Treuhandschaft abzufragen. Die erhobenen Daten werden solange verarbeitet und aufbewahrt, wie sie zur vertraglichen und gesetzlichen Erfüllung notwendig sind.

INFORMATION ÜBER DAS ZENTRALE INFORMATIONSSYSTEM (ZIS) DER VERSICHERUNGSWIRTSCHAFT

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, wird in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung ein zentrales Informationssystem der Versicherungsunternehmen zur im berechtigten Interesse der teilnehmenden Versicherern und der Versicherungsgemeinschaft gelegenen koordinierten Gewährleistung einesbeitrags- und leistungsumfangangepassten Versicherungsschutzes betrieben, das von uns in der Sparte der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung genutzt wird.

Wird ein Versicherungsantrag abgelehnt, unter erschwerten Bedingungen angenommen, wird ein Versicherungsvertrag wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung beendet oder wird eine Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen (versicherte Jahresrente über EUR 9.000) so kann die versicherte / zu versichernde Person ab unterfertigter Antragstellung (ungeachtet einer allfälligen Antragsrückziehung) für längstens sieben Jahre im System erfasst werden.

Erfasst werden: Name, Geburtsdatum, Art und Datum der Meldung, Versicherungssparte, numerisch kodierter Meldefall, allfälliger Bestreitungsvermerk.

Ein bestehender Systemeintrag kann von den teilnehmenden Versicherungsunternehmen abgefragt werden und dazu führen, dass von der betreffenden Person unter Umständen weitere Informationen eingeholt werden müssen.

Es kann **Auskunft** über die in dem Informationsverbund zur Person des Auskunftswerbers verarbeiteten Daten sowie die Berichtigung oder Löschung unrichtiger Daten verlangt und deren Verarbeitung in begründeten Einzelfällen widersprochen werden. In diesen Fällen ersuchen wir um Kontaktaufnahme unter info@merkur-leben.at.

Weiters kann **Beschwerde** an die Datenschutzbehörde erhoben und per 25.05.2018 die Einschränkung der Verarbeitung der Daten bis zur Klärung derer Richtigkeit sowie die Übermittlung der Daten an Dritte beantragt werden.

Die zur Person des Versicherten oder zu Versichernden im System gespeicherten Daten sind zur Erfüllung des Versicherungsvertrags erforderlich. Werden diese nicht bereitgestellt, so kann das Versicherungsverhältnis nicht begründet werden.

Einwilligungserklärung zur weiteren Nutzung von Daten

Der Antragsteller (nach Vertragsabschluss als „Versicherungsnehmer“ bezeichnet) **willigt** im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Datenschutzgesetzes (DSG) und des Telekommunikationsgesetzes (TKG) **ausdrücklich ein**, dass seine im Rahmen dieses Versicherungsantrags und nach dessen Abschluss bekannt gegebenen folgende Daten:

- Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse(n), Telefonnummer(n), Art, Laufzeit und Versicherungssumme seines Versicherungsvertrags, **nicht** aber besondere Kategorien von personenbezogenen Daten, insbesondere **keine Gesundheitsdaten**

von der **Merkur Lebensversicherung AG** (FN: 46082v), von der **Merkur Versicherung AG** (FN: 38045z) und von der **Merkur Lifestyle GmbH** (FN: 38892w)

- zu **Marketingzwecken** (= Information, Beratung und Betreuung über Produkte; Markt- und Meinungsforschung; Marketingaktionen) verwendet werden dürfen. Die Kontaktaufnahme mit dem Antragsteller/Versicherungsnehmer kann dabei per Post, per E-Mail, per SMS oder telefonisch erfolgen.

Der Antragsteller/Versicherungsnehmer kann sein Einwilligung **jederzeit ohne Angabe von Gründen per E-Mail an info@merkur-leben.at oder mittels Brief an die Merkur Lebensversicherung AG, Moserstraße 33, 5020 Salzburg widerrufen.**

Der Antragsteller ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich

einverstanden (wenn ja, bitte ankreuzen)

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 teilweisen oder vollständigen Rückkauf von Lebensversicherungen sowie auf Prämienfreistellung
- Anträge auf Änderung der Prämie, der Leistung, des Tarifs od. des Risikos sowie Wechsel von Versicherungsnehmer oder versicherter Person(en)
- Anträge auf Vorauszahlungen
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z.B. Bezugsrechtsänderung)
- Rechteinräumungen (Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung)
- Erteilung eines SEPA-Mandats
- Erteilung einer Vollmacht
- Verusterklärung 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. Telefax 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 den von mir beantragten sowie für meine bereits bestehenden Versicherungsverträge bei der Merkur Lebensversicherung AG sollen vertragsrelevante Inhalte (insbesondere jährliche Wertmitteilungen) auf elektronischem Wege in der nachfolgend bestimmten Weise übermittelt werden. Ich verfüge über einen regelmäßigen Zugang zum Internet. Erklärungen und andere Informationen bzw. Benachrichtigungen der Merkur Lebensversicherung AG sind **unverschlüsselt** an folgende E-Mail-Adresse zu übermitteln:

(Nur eine E-Mail Adresse angeben.)

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Merkur Lebensversicherung AG (im folgenden kurz „MERKUR“ genannt) bestimmte vertragsrelevante Unterlagen ausschließlich in Papierform übermittelt. Diese sind: alle Unterlagen, die gesundheitliche Daten enthalten, Formulare der MERKUR, 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 MERKUR 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 info@merkur-leben.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 von der MERKUR 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.



ZAHLWEG

SEPA Lastschrift (bitte füllen Sie das folgende Mandat aus) Zahlschein

SEPA Lastschrift – Mandat (Mandatsreferenz wird im Rahmen der Vorabinformation mitgeteilt)

Zahlungsempfängerin

Merkur Lebensversicherung AG, Moserstraße 33, 5020 Salzburg, Österreich – Creditor-ID: AT03ZZZ00000002598

Zahlungsart

wiederkehrende Zahlung Einmalzahlung

Ich/Wir ermächtige(n) die Merkur Lebensversicherung AG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Merkur Lebensversicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. 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 Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger – Familienname, Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Ort / Land

Kreditinstitut Name

IBAN

BIC

Angabe des Versicherungsnehmers bei abweichendem Prämienzahler

Falls Sie die Zahlung aufgrund eines Versicherungsvertrages zwischen der Merkur Lebensversicherung AG und einer anderen Person (Versicherungsnehmer) tätigen, tragen Sie bitte den Namen des Versicherungsnehmers ein.

Dieses Feld nicht ausfüllen, wenn Sie für Ihren eigenen Versicherungsvertrag bezahlen!

Familienname, Vorname

Bereits bestehendes Mandat

Ich/Wir wünsche(n), dass für die Lastschriften zu diesem Versicherungsvertrag das bereits bestehende Mandat zum rechts angegebenen Versicherungsvertrag herangezogen wird. Dadurch entsteht bei der Abbuchung für mehrere Versicherungsverträge nur eine einzelne Buchungszeile.

Vertragsnummer bzw. Mandatsreferenznummer

Für die Vorabinformation (Pre-Notification) im Sinn des SEPA-Lastschriftverfahrens wird eine Frist von 3 Tagen vereinbart.

Hinweis: Ihre Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Kreditinstitut erhalten können.

Datum

Unterschrift des Zahlungspflichtigen



Sonstige Vereinbarungen und Anliegen des VN

Ich wünsche den Polizzenversand an

Versicherungsnehmer (Regelfall) Vermittler (Zustellvollmacht erteilt)

Mir wurden die Versicherungsbedingungen

übergeben nicht übergeben

Vertragsgrundlagen und geltendes Recht

Für die beantragte Versicherung gilt österreichisches Recht. Vertragsgrundlagen sind der Antrag samt Persönlichem Berechnungsbeispiel sowie die Polizza mit sämtlichen Bestandteilen (insbesondere Versicherungsbedingungen für Haupt- und etwaige Zusatztarife). Sie können die Versicherungsbedingungen bereits vor dem Vertragsabschluss bei jeder Verwaltungsstelle der Merkur Lebensversicherung AG oder Ihrem Berater anfordern.

Wichtige Hinweise zu Angaben am Antrag und zu Willenserklärungen

Hinweis zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die Merkur Lebensversicherung AG (im folgenden kurz „MERKUR“ genannt) 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 die MERKUR 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.

Die MERKUR 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.

Die MERKUR kann den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst oder gewollt auf die Annahmehinweisungsentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so kann die MERKUR Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

Die o.a. Absätze gelten bei einer Änderung, bei der die Leistungspflicht erweitert wird oder bei Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Dreijahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teiles neu zu laufen. Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlt die MERKUR die tarifliche Deckungsrückstellung, abzüglich eventuell rückständiger Prämien aus. Die Rückzahlung der Prämien ist ausgeschlossen.

Hinweis zu Willenserklärungen

Für Erklärungen, die diesen Antrag/Vertrag betreffen, empfehlen wir Schriftform, um Nachvollziehbarkeit und Rechtssicherheit auf beiden Seiten zu gewährleisten.

Nebenabreden

Der Vermittler bzw. Berater ist nicht berechtigt, zu diesem Antrag schriftliche oder mündliche Nebenabreden zu treffen.

ERKLÄRUNGEN DES ANTRAGSTELLERS

Bindefrist, Versicherungs-Beginn

An meinen Antrag halte ich mich 6 Wochen lang gebunden. Die Bindefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bei der Merkur Lebensversicherung AG. Bei einer Fondsgebundenen Lebensversicherung muss der Versicherungsbeginn in der Zukunft liegen. Es gilt daher als vereinbart, dass der Beginn bei Bedarf und ohne weitere Rückfrage seitens des Versicherers auf den der Polizzierung nächstfolgenden Monatsersten verschoben werden darf. Für die Bestimmungen über den vorläufigen Sofortschutz bleibt jedoch der ursprünglich beantragte Beginn maßgebend.

Verantwortlichkeit für die Richtigkeit der Angaben im Antrag

Ich habe die Antragsfragen nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Jede bis zur Annahme des Antrages noch eintretende nicht unerhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der zu versichernden Person werde ich unverzüglich dem Versicherer in Schriftform (d.h. mit eigenhändiger Unterschrift) anzeigen. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflichten vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann. Für die Richtigkeit der Angaben bin ich allein verantwortlich, auch wenn ich den Antrag nicht selbst ausgefüllt habe. Der Vermittler darf über die Erheblichkeit von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindlichen Erklärungen abgeben.

Erklärung zur Fondsveranlagung bei der Fondsgebundenen Lebensversicherung bzw. für die Gewinnbeteiligung im Wege der Fondsveranlagung bei anderen Tarifen:

Ich bin über die verschiedenen Anlagemöglichkeiten informiert worden und habe die Risikohinweise im Persönlichen Berechnungsbeispiel zur Kenntnis genommen. Mir ist bewusst, dass der Wertverlauf kapitalmarktbedingten Schwankungen unterliegt. Wertentwicklungen in der Vergangenheit sind daher keine Garantie für die künftige Entwicklung von Investmentfonds (Performance). Über die damit verbundenen Chancen und Risiken bin ich aufgeklärt worden. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Merkur Lebensversicherung AG auf die Wertentwicklung von Investmentfonds keinen Einfluss hat und daher für die Ergebnisse nicht haftbar gemacht werden kann. Mir ist klar, dass ich als Versicherungsnehmer das volle Veranlagungsrisiko und damit auch das Risiko von Wertminderungen durch Kursrückgänge trage. Es gibt bei der Fondsgebundenen Lebensversicherung keine garantierte Erlebensleistung bzw. bei anderen Tarifen keine garantierte Gewinnbeteiligung. Verluste sind nicht auszuschließen. Bei der Fondsgebundenen Lebensversicherung kann daher der Auszahlungsbetrag unter der Summe der eingezahlten Prämien liegen (Beachten Sie hierzu auch die Hinweise zum Veranlagungsrisiko Investmentfonds in Ihrem Persönlichen Berechnungsbeispiel). In Kenntnis der aufgezeigten und von mir anerkannten Möglichkeiten und Folgen, habe ich mich für den o. a. Fonds (Fondsmix) entschieden.

ERKLÄRUNGEN DES VERMITTLERS (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe dem Versicherungsnehmer gegenüber die laut den Landesregeln für Versicherungsvermittlung vorgesehene Informationspflicht erfüllt und den gegenständlichen Antrag auf folgender Basis vermittelt: **Versicherungsvermittlung in Form**

- Versicherungsmakler Versicherungsagent gewerbl. Vermögensberater als Versicherungsmakler Versicherungsagent
 laut Beratungsprotokoll

Ich bestätige, dass dem Antragsteller

- für jede beantragte Versicherung das zu Grunde liegende Persönliche Berechnungsbeispiel erklärt und übergeben bzw. übermittelt wurde;
- die **Produktbeschreibung** zu etwaigen ausgewählten Fonds ausgehändigt, die einzelnen Punkte erklärt und die darin enthaltenen Vermögenswerte mitgeteilt wurden und darauf aufmerksam gemacht wurde, dass weiterführende Prospekte (z.B. Verkaufsprospekt, Key-Investor-Dokument (KID)) und Rechenschaftsberichte beim Versicherer kostenlos angefordert werden können;
- das entsprechende **gesetzlich vorgesehene Produktinformationsblatt** übergeben bzw. übermittelt wurde. (d.h. für Fondsgebundene Lebensversicherung und Rentenversicherung das entsprechende „Basisinformationsblatt“, für Berufsunfähigkeitsversicherung, Ablebensversicherung und Pflegerentenversicherung (jeweils auch in der Ausprägung als Zusatztarif) das entsprechende, LIPID – Life Insurance Produkt Information Document.)
- eine **Kopie bzw. eine Durchschrift des Antrags** übergeben bzw. übermittelt wurde.

BELEHRUNG ÜBER DAS RÜCKTRITTSRECHT

nach § 5c VersVG

- (1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 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 Polizza 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 Merkur Lebensversicherung AG, Moserstraße 33, 5020 Salzburg, Fax: 05 044 87-200; info@merkur-leben.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 Versicherungsvertreeters 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, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

nach § 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 30 Tage und beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem Sie über den Abschluss des Vertrags informiert werden (= Zusendung der Polizza 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 Merkur Lebensversicherung AG, Moserstraße 33, 5020 Salzburg
Fax: 05 044 87-200; info@merkur-leben.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 Rücktrittsrechts 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 30 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 Informationen in Ihrem Persönlichen Berechnungsbeispiels sorgfältig durch. Das Persönliche Berechnungsbeispiel ist fixer Bestandteil Ihres Antrags.

Ort/Datum	Unterschrift Antragsteller - Versicherungsnehmer	Unterschrift vers. Person - wenn nicht Antragsteller bzw. gesetzl. Vertreter bei Minderjährigen	Unterschrift Vermittler für den Antrag und die Bestätigung des Vermittlers - Firmenstempel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>