

Vorsorge

Lebensversicherung



**IHRE LEBENSVERSICHERUNG –  
MASSGESCHNEIDERT VORSORGEN.**

**IHRE SORGEN MÖCHTEN WIR HABEN**

**WIENER**   
**STÄDTISCHE**  
VIENNA INSURANCE GROUP



|                   |
|-------------------|
| Polizzenummer, GK |
| Kontonummer, Name |

## LEBENSVERSICHERUNG – BAUSTEINSYSTEM

Antrag auf eine LEBENSVERSICHERUNG mit SOFORTSCHUTZ, ANPASSUNGSBRIEF <sup>1)</sup> und GEWINNBETEILIGUNG <sup>2)</sup>.

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

„JUNIORS BEST“  kein Anpassungsbrief Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben! Zutreffendes bitte  ankreuzen!

|  |                                 |  |              |
|--|---------------------------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Erhöhung Prämie | <input type="checkbox"/> Ersatz | <input type="checkbox"/> Reaktivierung | zu Pol. Nr.: |
|--|---------------------------------|--|--------------|

VERSICHERUNGSNEHMER Telefonnummer:

E-Mail:

|  |              |                |                      |   |                       |
|--|--------------|----------------|----------------------|---|-----------------------|
| 1  | Familienname | Titel, Vorname | Beruf                | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum<br>T M J |
| Straße, Hausnummer   |              |                | Ort                  | Staatsangehörigkeit   | Postleitzahl          |
| Bei minderjährigem Versicherungsnehmer bitte auch die Personendaten des gesetzl. Vertreters des Minderjährigen (auch Verwandtschaftsverhältnis bzw. Rechtstitel) |              |                |                      |   |                       |
| Identifizierung des Versicherungsnehmers (und des gesetzl. Vertreters bei Minderjährigen)<br>Art und Nummer eines amtlichen Lichtbildausweises                   |              |                | ausstellende Behörde | Ausstellungsdatum   |                       |
| Bei juristischen Personen bitte zusätzlich die Firmenbuchnummer angeben:   |              |                |                      |   |                       |

VERSICHERTE PERSONEN (wenn abweichend vom Versicherungsnehmer) **Beachten Sie bitte die Informationen auf der Rückseite!**

|                    |              |                |       |   |                       |
|--------------------|--------------|----------------|-------|---|-----------------------|
| 2                  | Familienname | Titel, Vorname | Beruf | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum<br>T M J |
| Straße, Hausnummer |              |                | Ort   | Staatsangehörigkeit   | Postleitzahl          |
| 3                  | Familienname | Titel, Vorname | Beruf | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum<br>T M J |
| Straße, Hausnummer |              |                | Ort   | Staatsangehörigkeit   | Postleitzahl          |

### VERTRAGSDATEN

| TARIF   | gilt für Person:   | Alter  | Vertrags- bzw. Aufschubdauer   | Zahlungsdauer wenn abweichend | Beginn   | Versicherungssumme bzw. jährliche Rente | Prämienrate <sup>2)</sup> |
|---|--|--|--|-------------------------------|----------|---|---------------------------|
|   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>   |  |  |                               |          | EUR                                     | EUR                       |
| RISIKOZUSATZVERSICHERUNG  | <input type="checkbox"/>   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |  |                               | wie oben | EUR                                     | EUR <sup>2)</sup>         |
| RISIKOZUSATZVERSICHERUNG  | <input type="checkbox"/>   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |  |                               | wie oben | EUR                                     | EUR <sup>2)</sup>         |
| Berufsunfähigkeitszusatzversicherung  | <input type="checkbox"/> BL. + BB.   | 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> |  |                               | wie oben |   | EUR <sup>2)</sup>         |
| ZUSATZVERSICHERUNGEN  | <input type="checkbox"/> <b>Unfalltod</b> <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach   |  |  |                               |          |   | EUR                       |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Unfall-Invalidität</b> <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach  |  |  |                               |          |   | EUR                       |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Prämienerlass im Krankheitsfall (9E)</b> oder <input type="checkbox"/> <b>Family Plus (9W)</b> oder <input type="checkbox"/> <b>Family Plus Premium (9P)</b>   |  |  |                               |          |   | EUR                       |
|   | <input type="checkbox"/> <b>Prämienerlass bei Arbeitslosigkeit</b> (Versicherer: CARDIF)   |  |  |                               |          |   | EUR                       |
| UNFALLRENTE Bündelversicherung  | <input type="checkbox"/> – monatliche Unfallrente in Höhe von EUR 500,-, 20 Jahre lang, bei Unfallinvalidität von mindestens 50%<br>– Versicherungssumme für Unfallinvalidität EUR 20.000,- <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach <input type="checkbox"/> vierfach |  |  |                               |          |   | EUR                       |
|   | <input type="checkbox"/> lebenslange monatliche Unfallrente in Höhe von EUR 500,-, bei Unfallinvalidität von mindestens 50%<br><input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach <input type="checkbox"/> vierfach  |  |  |                               |          |   | EUR                       |
| KV-Pflegerente (Bündelversicherung)   | <input type="checkbox"/> <b>Extra-Pflege</b> <input type="checkbox"/> <b>Basis</b> <input type="checkbox"/> <b>Medium</b> <input type="checkbox"/> <b>Top</b>  |  | zu <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% |                               |          |   | EUR                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Pflege Plus</b> (Kurzzeitpflege)<br>Eine Versicherung nach diesem Tarif kann ohne Überprüfung des Gesundheitszustands abgeschlossen werden. Davon ausgenommen sind nur Personen,<br>– die dauernd vollständig arbeitsunfähig bzw. pflegebedürftig sind oder in der Vergangenheit bereits pflegebedürftig waren,<br>– die einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erlitten haben bzw. Eingriffe am Herzen hatten (z.B. Herzkatheter, Bypass-Operation),<br>– bei denen chronische Erkrankungen der Lunge bzw. Atemwege (z.B. Asthma), der Niere oder des Bewegungsapparats (z.B. Polyarthrit) aufgetreten sind,<br>– bei denen bösartige Erkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie), schwere Nervenleiden, psychische Erkrankungen bzw. Geisteskrankheiten (z.B. Epilepsie, Depressionen, Multiple Sklerose) oder schwere chronische Augenerkrankungen (z.B. Makuladegeneration) aufgetreten sind,<br>– bei denen Diabetes oder eine HIV-Infektion festgestellt wurde oder eine schwere chronische Infektionskrankheit besteht.<br><b>Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass diese Ausschlussgründe für mich nicht zutreffen.</b><br><b>Bitte beachten Sie:</b> Unvollständige oder unrichtige Angaben können einen Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben. |  |  |  |                               |          |   |                           |
| Gewünschte Prämienzahlung: <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> halbjährlich <input type="checkbox"/> vierteljährlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> einmalig  |  |  |  |                               |          | <b>Gesamtpremie</b>                     | EUR                       |

<sup>1)</sup> Der Einschluss des Anpassungsbriefes sichert Ihnen den Wert Ihrer Lebensversicherung. Die automatischen Anpassungen erfolgen ohne neuerliche Prüfung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Bei Tarifen mit einmaliger oder variabler Prämienzahlung kann der Anpassungsbrief nicht eingeschlossen werden.

<sup>2)</sup> Da die in künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorausgesehen werden können, beruhen Zahlenangaben über die zu erwartende Gewinnbeteiligung (Überschussbeiträge, Gewinnansammlungsguthaben, Prämienrückgewähr, usw.) bzw. den Prämienbonus auf Schätzungen, denen die gegenwärtigen Verhältnisse zugrunde gelegt sind. Solche Angaben sind daher unverbindlich. Die tatsächlich zur Auszahlung gelangende Gewinnbeteiligung bzw. der zukünftige Prämienbonus hängt allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab. Bei Risiko-Versicherungen ist der Prämienbonus in der angeführten Prämienrate bereits berücksichtigt.

## FIRMENVERSICHERUNG

|   |  |
|---|--|
| Besteht zwischen VN und versicherter Person ein Dienstverhältnis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Versicherung nach § 3 Abs.1 Z 15 EStG? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|---|--|

## VERSICHERTES UND BEGÜNSTIGTES KIND FÜR „START INS LEBEN“ (im Programm „JUNIOR'S BEST“ bei „Terme Fixe“ Versicherung)

|  |         |         |   |  |
|--|---------|---------|---|--|
| Familienname   | Vorname | Adresse | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum<br>T M J  |
| <input type="checkbox"/> <b>KINDERBÜNDEL</b><br><b>Krankenversicherung:</b> SOS-Auslandsreise-Krankenversicherung mit Rückholdienst<br>Begleitkostenversicherung bis zum 12. Lebensjahr<br><br><b>Unfallversicherung:</b> zeitlich begrenzte, monatliche Unfallrente in Höhe von EUR 727,-, bei Unfallinvalidität von mindestens 50%<br>Der Abschluss des „Kinderbündels“ ist nicht möglich bei Frühgeburt, Diabetes, schwerer Erkrankung der Atemwege, Herzleiden, Hydrocephalus, bösartiger Tumorerkrankung, Geisteskrankheit, schwerem Nervenleiden und bei schwerer chronischer Infektionskrankheit. |         |         |   | Prämienrate<br>(in die Gesamtprämie einzurechnen)<br><br>EUR |

## BESONDERE VEREINBARUNGEN

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Ja, ich möchte mich für eine monatliche Pension an Stelle der einmaligen Kapitalzahlung entscheiden können (Rentenwahlrecht).</b>  |
| <b>ERGÄNZENDE BESCHREIBUNG ZUM RENTENWAHLRECHT UND ZU RENTENVERSICHERUNGEN:</b>  |
| Monatsrente mit Rückgewähr des nicht verbrauchten Ablösekapitals <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit<br><input type="checkbox"/> Bonusrente <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit, längstens Jahre<br><input type="checkbox"/> flexibles Pensionsalter <input type="checkbox"/> auf Lebenszeit, davon Jahre garantiert (keine Rückgewähr!) |

## GEWINNVERANLAGUNG (Wird nichts angegeben, erfolgt die Veranlagung der erwirtschafteten Gewinne in klassischer Form.)

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>klassische</b> Veranlagung im VAG Deckungsstock   | <input type="checkbox"/> <b>dynamische fondsgebundene</b> Veranlagung den entsprechenden Dachfonds entnehmen Sie bitte der Produktbeschreibung | <input type="checkbox"/> <b>progressive fondsgebundene</b> Veranlagung den entsprechenden Dachfonds entnehmen Sie bitte der Produktbeschreibung |
| <b>ZUSATZERKLÄRUNG FÜR DIE FONDSGEBUNDENE GEWINNVERANLAGUNG</b><br><input type="checkbox"/> Ich verfüge über Kenntnisse bzw. Erfahrungen auf dem Gebiet der Kapitalanlage in Dachfonds.<br><input type="checkbox"/> Nein → Ihr Berater informiert Sie über alle Chancen und Risiken dieser Veranlagungsform. Bitte verlangen Sie Auskunft über alle Unklarheiten!<br>• Ich bestätige, dass ich über die Veranlagungsrisiken (ungewisse Ertragsentwicklung, Kursschwankungen, schwankende Wechselkurse, vorzeitiger Ausstieg) informiert worden bin und nehme zur Kenntnis, dass aus vergangenen Erträgen nicht auf die zukünftige Wertentwicklung von Fondsanteilen geschlossen werden kann.<br>• Ich bin über die einzelnen Veranlagungsmöglichkeiten aufgeklärt worden.<br>• Ich bin informiert worden, dass es über die Kapitalanlagefonds Rechenschaftsberichte gibt und diese mir auf Wunsch zur Verfügung gestellt werden.<br>• Ich nehme zur Kenntnis, dass die Wiener Städtische auf die Wertentwicklung von Investmentfonds keinen Einfluss hat. Die Veranlagung erfolgt daher auf meine eigene Verantwortung und auf mein eigenes Risiko. |  |   |

## BEZUGSRECHT

|   |  |
|---|--|
| im ABLEBENSFALL: (Vorname, Familienname, Geburtsdatum)  | im ERLEBENSFALL: (Vorname, Familienname, Geburtsdatum) |
| Wird niemand namentlich genannt gilt in jedem Fall der Versicherungsnehmer als bezugsberechtigter;<br>sind Versicherungsnehmer und versicherte Person identisch, gelten im Ablebensfall die Erben als bezugsberechtigter. |  |

## VINKULIERUNG / VERPFÄNDUNG / ABTRETUNG / UNANFECHTBARKEIT

|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vinkulierung (nur mit Vormerkschein)              | <input type="checkbox"/> Verpfändung  | <input type="checkbox"/> Abtretung |
| <input type="checkbox"/> zur Gänze <input type="checkbox"/> bis Betrag EUR | <input type="checkbox"/> Unanfechtbarstellung für den Ablebensfall (bis max. EUR 50.000,--)<br>(Prämie: einmalig 1‰ der unanfechtbar gestellten Versicherungssumme) |                                    |
| Zu Gunsten (Name und Anschrift des Gläubigers, Bankleitzahl)               |   |                                    |
| BLZ:   |   |                                    |

## PRÄMIENZAHLUNG

|  |                       |                                  |
|--|-----------------------|----------------------------------|
| Einzug über Kreditkarte <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> DINERS CLUB <input type="checkbox"/> MASTERCARD | Karte Nr.:            | gültig bis:                      |
| <input type="checkbox"/> Abbuchungsauftrag für Lastschriften über ein legitimes Konto (siehe Schlussklärung)                   |                       |                                  |
| Konto Nr. oder IBAN  | Bankleitzahl oder BIC | Kreditinstitut / Bank            |
| <input type="checkbox"/> Zahlschein (nicht möglich bei monatlich, zusätzliche Gebühr wegen Mehraufwendungen!)                  |                       | als <b>ANGABE</b> eingezahlt EUR |

## PRÄMIENZAHLER (wenn vom Versicherungsnehmer abweichend)

|  |   |  |
|--|---|--|
| Familienname, Titel, Vorname, Postleitzahl, Adresse                      | Geschlecht<br><input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w | Geburtsdatum<br>T M J                              |
| <b>Identifizierung:</b> Art und Nummer des amtlichen Lichtbildausweises: | ausstellende Behörde:   | Ausstellungsdatum: Unterschrift des Prämienzahlers |

**FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE(N) PERSON(EN)** Bei „JA“ bitte nähere Angaben!

| Bitte jede Frage beantworten!  | Person <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2                                    | Person <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3                                    |
|--|---|---|
| Bestehen bereits Lebens-, Kranken-, Unfall-, oder Berufsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie welche beantragt?  | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Versicherer? Polizzennummer? <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Versicherer? Polizzennummer? <input type="checkbox"/> NEIN |
| Wurde jemals ein Lebens-, Kranken-, Unfall-, oder Berufsunfähigkeitsversicherungsantrag abgelehnt, nur zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder ist über einen solchen Antrag noch nicht entschieden?                              | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Versicherer? Polizzennummer? <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Versicherer? Polizzennummer? <input type="checkbox"/> NEIN |
| Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z.B. Umgang mit explosiven oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Aufenthalt in Gefahrengebieten, Tauchen tiefer als 40 m, Hänge- oder Paragleiten oder sonstiger Extremsport)? | <input type="checkbox"/> JA, Welcher Art? <input type="checkbox"/> NEIN                         | <input type="checkbox"/> JA, Welcher Art? <input type="checkbox"/> NEIN                         |

**FRAGEN ZUR GESUNDHEIT** Bei „JA“ bitte nähere Angaben!

| Bitte jede Frage beantworten!   | Person <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2  | Person <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3  |
|---|---|---|
| Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen (z.B. des Herz- Kreislaufsystems, Blutes, Verdauungstraktes, Stoffwechsels, der Atmungsorgane, Knochen, Nerven, Leber, Nieren, Drüsen oder Geschlechtsorgane)? | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Seit wann bestehend? Ausgeheilt? <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Seit wann bestehend? Ausgeheilt? <input type="checkbox"/> NEIN |
| Sind Sie in den letzten 10 Jahren in einem Krankenhaus, Sanatorium oder einer sonstigen Heilstätte behandelt, operiert oder untersucht worden?  | <input type="checkbox"/> JA, Wann? Weshalb? Wo? <input type="checkbox"/> NEIN                       | <input type="checkbox"/> JA, Wann? Weshalb? Wo? <input type="checkbox"/> NEIN                       |
| Sind Sie mit Strahlen behandelt worden oder erfolgte eine Chemotherapie?  | <input type="checkbox"/> JA, Wann? Weshalb? Wo? <input type="checkbox"/> NEIN                       | <input type="checkbox"/> JA, Wann? Weshalb? Wo? <input type="checkbox"/> NEIN                       |
| Sind von der Norm abweichende Untersuchungsbefunde (z.B. Labor, EKG, Blutdruck, Röntgen), eine HIV-Infektion bzw. Zeichen einer Immunschwäche festgestellt worden?  | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Wann? <input type="checkbox"/> NEIN                            | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Wann? <input type="checkbox"/> NEIN                            |
| Besteht ein Leiden oder ein Gebrechen (z.B. Wirbelsäulenverkrümmung, Folgen nach Unfällen oder Kinderlähmung) bzw. eine Störung des Hör- oder Sehvermögens?   | <input type="checkbox"/> JA, Welches? <input type="checkbox"/> NEIN                                 | <input type="checkbox"/> JA, Welches? <input type="checkbox"/> NEIN                                 |
| Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig Medikamente oder Drogen bzw. stehen Sie in regelmäßiger medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder Kontrolle?   | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Seit bzw. bis wann? Arzt? <input type="checkbox"/> NEIN        | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Seit bzw. bis wann? Arzt? <input type="checkbox"/> NEIN        |
| Nehmen oder nahmen Sie regelmäßig alkoholische Getränke zu sich?  | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Wieviel pro Tag? <input type="checkbox"/> NEIN                 | <input type="checkbox"/> JA, Welche? Wieviel pro Tag? <input type="checkbox"/> NEIN                 |
| Rauchen Sie?  | <input type="checkbox"/> JA, Was? Wieviel pro Tag? <input type="checkbox"/> NEIN                    | <input type="checkbox"/> JA, Was? Wieviel pro Tag? <input type="checkbox"/> NEIN                    |
| Ihre Größe und Ihr Gewicht:   | cm kg   | cm kg   |
| Bitte geben Sie uns den Namen und die Adresse Ihres Hausarztes und/oder des Arztes bekannt, der über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert ist:   |   |   |

**Wir bitten Sie um gewissenhafte Beantwortung aller Antragsfragen!**

**Unvollständige oder unrichtige Angaben können einen Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.**

Diese Vereinbarung ist nur notwendig, wenn Fragen zur Gesundheit zu beantworten sind oder eine Erklärung zur Gesundheit abzugeben ist!

**VEREINBARUNG BEZÜGLICH PERSONENBEZOGENER DATEN UND GESUNDHEITSDATEN**

**1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten**

**1.1. bei Vertragsabschluss**

Die versicherte(n) Person(en) 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 bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern und aus beim Versicherer bereits bestehenden aufrechten Versicherungsverträgen ermitteln darf. Diese Zustimmung ermächtigt uns, die nachstehend angeführten Daten einzuholen.

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 (Arztberichte, Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, 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**

Die versicherte(n) Person(en) 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 (Arztberichte, Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, Anamnese, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung wird der Betroffene 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden. Nach § 11a VersVG besteht für die versicherte(n) Person(en) auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Macht eine versicherte Person von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so hat sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. **Der Versicherungsnehmer und die versichert(en) Person(en) 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 Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigten oder der versicherten 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 Mehrfachversicherung) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

**2. Entbindung von der Schweigepflicht**

Die versicherte(n) Person(en) entbinden die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

**3. Zustimmung zur Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen des ZIS**

Das Zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmisbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Versicherungsnehmer und die versicherte(n) Person(en) stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) im Rahmen des ZIS in Einzelfällen an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermitteln und von diesen auch erhalten kann.

**Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

Der Versicherungsnehmer und die versicherte(n) Person(en) erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

**VEREINBARUNG ZUR FORM VON ERKLÄRUNGEN UND ANDEREN INFORMATIONEN**

**Schriftform:**

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Kündigungen und Rücktrittserklärungen,
- Prämienfreistellung und Rückkauf,
- Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung,
- Änderung der Veranlagung,
- Anforderung einer Letztstandspolizze,
- Bezugsrechtsänderung.

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

**Geschriebene Form:**

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. 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, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu – wobei diese Zustimmung verweigert oder widerrufen werden kann –, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (z.B. Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme; keinesfalls sensible Daten) zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Finanzdienstleistungsprodukte verwendet oder durch Konzern und Partnerunternehmen verwenden lässt, und dass ihnen, auch telefonisch, per Fax, E-Mail usw. Vorschläge für Vertragsanpassungen und andere Produkte unterbreitet werden. Die aktuellen Konzern- und Partnerunternehmen sind im Internet auf unserer Homepage [wienersaetdtische.at](http://wienersaetdtische.at) zu finden oder können über die Serviceline 050 350 350 erfragt werden.

ja, ich stimme zu  
 nein

Die Schlussklärung auf der Rückseite habe ich gelesen. Sie ist Teil des Antrages und enthält u.a. Informationen über den Umfang der Vertretungsmacht des Vermittlers. Mit meiner Unterschrift stimme ich diesen Inhalten ausdrücklich zu. Für die beantragte Versicherung gilt österreichisches Recht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Beilage „PRODUKT BESCHREIBUNG“, die Modellrechnungen zu Versicherungsschutz und Rückkaufswerten sowie das Informationsblatt mit der Kostenvereinbarung enthält, Bestandteil dieses Antrages ist und erkläre mich mit dem Inhalt einverstanden.

Ich habe die „Produktbeschreibung“ (Nr.: ..... ) auf einem elektronischen Datenträger erhalten, habe die darauf enthaltenen Informationen gemeinsam mit dem Vermittler durchgelesen und verstanden und ich habe alle gewünschten Auskünfte erhalten.

Ich habe die „Produktbeschreibung“ (Nr.: ..... ) auf Papier erhalten, habe die darauf enthaltenen Informationen gemeinsam mit dem Vermittler durchgelesen und verstanden und ich habe alle gewünschten Auskünfte erhalten.

Eine Durchschrift dieses Antrages verbleibt beim Antragsteller. An diesen Antrag hält sich der Antragsteller durch sechs Wochen gebunden.

**ICH HANDLE IN EIGENEM NAMEN.**

Ich handle nicht in eigenem Namen, sondern als Treuhänder. Treugeber:

|            |                          |                                   |   |
|------------|--------------------------|-----------------------------------|---|
| Ort, Datum | Unterschrift: Vermittler | Unterschrift: Versicherungsnehmer | Unterschrift: zu versichernde, volljährige Person (wenn abweichend vom Versicherungsnehmer) |
|            |                          |                                   |   |

**Bitte überprüfen Sie, ob alle Antragsfragen richtig beantwortet sind!  
 Unvollständige oder unrichtige Angaben können einen Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.**

# SCHLUSSERKLÄRUNG

**Für den Versicherungsnehmer und die zu versichernde(n) Person(en) gilt:**

**Durch die Unterschrift wird die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben auch dann bestätigt, wenn diese nicht eigenhändig geschrieben wurden. Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist dem Versicherer unverzüglich (sobald man Kenntnis von der Gefahr erlangt) Anzeige zu machen. Ein Gefahrumstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.**

**Der Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, Fragen nach gefahrenerheblichen Umständen, insbesondere die Gesundheitsfragen, 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 unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.**

## UMFANG DER VERTRETUNGSMACHT DES VERMITTLERS

Die Vollmacht der mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen betrauten Person bestimmt sich nach § 43 Versicherungsvertragsgesetz; demnach ist der Vermittler nur berechtigt, Anträge und Erklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen, die Polizze auszuhändigen und Prämien anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung befindet. Der Vermittler ist daher nicht berechtigt, mündliche Erklärungen für den Versicherer abzugeben.

Die Befugnisse des Vermittlers sind in der vom Versicherer ausgestellten Vollmachtsurkunde angeführt; der Vermittler ist zu deren Vorweisung verpflichtet.

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass das Aufgeben einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen für den Versicherungsnehmer im allgemeinen unzweckmäßig und für den Versicherer unerwünscht ist.

## RÜCKTRITTSRECHT NACH § 3 KONSUMENTENSCHUTZGESETZ

Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist – sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benützten Räume unterfertigt wurde – berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrages selbst angebahnt hat.

## PRÄMIEN UND GEBÜHREN

Die Prämie beinhaltet bereits die Versicherungssteuer. An Nebenleistungen berechnen wir keine zusätzlichen Gebühren, außer für Mehraufwendungen, die von Ihnen veranlasst werden (z.B. Mahngebühren bei Prämienverzug).

## VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Für diesen Antrag gelten die den gewählten Tarifen entsprechenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Eventuelle Zusatzversicherungen unterliegen besonderen Versicherungsbedingungen.

## BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

**Wir weisen darauf hin, dass Sie erst mit Zugang der Polizze, nicht jedoch vor dem beantragten Versicherungsbeginn, vollen Versicherungsschutz erlangen. Vor Zugang der Polizze versichern wir Sie im Rahmen des vorläufigen Sofortschutzes.**

## ERKLÄRUNG ZUM ABBUCHUNGS-AUFTRAG FÜR LASTSCHRIFTEN

Das kontoführende Kreditinstitut wird hiermit widerruflich beauftragt, die von der Wiener Städtischen ausgefertigten und zum Einzug über mein/ unser Konto bestimmten Lastschriften durchzuführen. Die vom Konto abzubuchenden Beträge unterliegen keiner betragsmäßigen Beschränkung.

Das kontoführende Kreditinstitut ist berechtigt, Lastschriften zurückzuleiten, insbesondere dann, wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist. Teilzahlungen sind nicht zu leisten.

Ich nehme zur Kenntnis, dass der Einspruch gegen Belastungen, die im Rahmen dieses Auftrages erfolgen, dem kontoführenden Kreditinstitut gegenüber nicht möglich ist. Einwendungen, die sich auf das der Lastschrift zugrunde liegende Rechtsgeschäft beziehen, sind zwischen mir und der Wiener Städtischen direkt zu regeln. Ein Widerruf dieses Auftrages gilt ab dem Zeitpunkt des Einlangens bei der kontoführenden Stelle. Vom Widerruf werde ich die Wiener Städtische gleichzeitig benachrichtigen. Im Übrigen gelten die „Allgemeinen Geschäftsbedingungen für Bankgeschäfte“.

# SOFORTSCHUTZ

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Summen, höchstens auf € 100.000,-, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben desselben Versicherten beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,

- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung grundsätzlich voll arbeitsfähig ist,
- nicht wegen einer Gesundheitsstörung in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und
- sofern die Bestimmungen der geltenden Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages in einer unserer Verwaltungsstellen, frühestens mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der vorläufige Sofortschutz endet mit der Zustellung der Polizze, wenn wir Ihren Antrag ablehnen oder den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung. Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie.

# ZUR BEACHTUNG! WENN VERSICHERUNGSNEHMER UND VERSICHERTE PERSON NICHT IDENT SIND.

Alle Rechte und Pflichten, die sich aus dem Vertragsverhältnis ergeben, stehen dem Versicherungsnehmer zu. Die versicherte Person hat keinerlei Gestaltungsrechte und Anspruchsberechtigungen im Rahmen des Vertrages.

Das kann insbesondere bei Pensionsversicherungen zu ungewollten Komplikationen führen, da im Falle des Ablebens des Versicherungsnehmers sämtliche Rechte und Pflichten nicht auf die – möglicherweise bereits pensionsbeziehende – versicherte Person übergehen, sondern dem Nachlass des Verstorbenen zuzuordnen sind und darüber nur über die Verlassenschaft entschieden werden kann.