

Betriebsunterbrechung.

Antrag auf

Personenschaden- Betriebsunterbrechungs-Versicherung

für freiberuflich und selbstständig Tätige.

Wenn's drauf ankommt, hoffentlich Allianz.

Allianz 

Polizze Nr.	Landesdion	Werber-Name		Werber-Nummer	
	Bestandsinhaber	1. Hauptwerber	Teil	2. Hauptwerber	Teil
		/ ,		/ ,	

Antrag auf Personenschaden-Betriebsunterbrechungs-Versicherung

Dok.-Anzahl an _____ Flotten-/Gruppen-Nr. _____

Beginn: ____ . ____ . ____ 12 Uhr Ende: 01. ____ . ____ . ____ 12 Uhr Zahlweise: 1/ ____ jährlich

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Name
 männlich weiblich Geburtsdatum ____ . ____ . ____

 Akad. Grad _____ Anrede _____

Adresse

 Vor- bzw. Firmenname _____ Firmenkurzbezeichnung _____
 Familienname bzw. Firmenname (Fortsetzung) _____ Namenszusatz _____

Arbeitsverhältnis
 Land _____ PLZ _____ Ort _____

 Straße/Gasse/Platz, Hausnummer/Stiege/Türnummer _____ Beruf/derzeitige Tätigkeit/Branche _____

Inkasso-Adresse

Name
 männlich weiblich Firma KK ____ / ____ / ____
 Akad. Grad _____ Bankleitzahl _____

Prämienzahler

 oder Name der Bank des Prämienzahlers bei Prämieinzug _____ Bankkonto-Nr. _____

Adresse
 Land _____ PLZ _____ Ort oder Adresse der Bank _____

 Straße/Gasse/Platz, Hausnummer/Stiege/Türnummer _____

Allgemeine Antragsfragen

Umsatz (nach Abzug der Umsatzsteuer): € _____ Art des Betriebes: _____ Anzahl der beschäftigten Personen: _____

Bei einem Versicherungsunternehmen wurde eine Betriebsunterbrechungsversicherung
 beantragt gekündigt durch VN abgelehnt gekündigt durch Versicherer diese Frage trifft nicht zu

Für wen? Name des Unternehmens, Polizzennummer, Versicherungssummen, Ablauf: _____

Versicherungssumme: € _____ (in vollen Zehnern)
 Keine Mitversicherung von Betriebsunterbrechungen auf Grund eines Sachschadens oder einer Quarantäne. Keine Mitversicherung von Unfalltod.

Der Versicherungsschutz beginnt erst mit Zugang der Versicherungsurkunde. Die Leistungspflicht des Versicherers endet an dem Tag, für den keine Prämie mehr vorgeschrieben wird.

- Der Versicherungsschutz beginnt frühestens mit dem Datum der Antragstellung, nicht jedoch vor dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt und nicht vor Ablauf der Wartezeit bei Krankheit gemäß den für diesen Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen.
- Es gelten Personenschaden-Betriebsunterbrechungs-Versicherungsbedingungen in der letzten Fassung und Österreichisches Recht.
- Alle Antragsteller und die zu versichernde Person bestätigen, dass keine mündlichen Nebenabreden getroffen wurden und in diesem Formular alles, was beantragt, auch schriftlich festgehalten wurde. Alle Antragsteller und die zu versichernde Person nehmen zur Kenntnis, dass über den Antrag hinausgehende Deckungs- und sonstige Zusagen des Vermittlers rechtsunwirksam sind.
- Alle Antragsteller und die zu versichernde Person sind gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die Fragen nach den gefahrerheblichen Umständen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm zu übernehmende Gefahr richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.
- Alle Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, alle unerlässlichen Auskünfte von Ärzten sowie sonstigen vom Antragsteller und der zu versichernden Person in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge einholen darf. Alle Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretenden Krankheiten und Gebrechen bei Ärzten und sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht; sie entbinden den Befragten im voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht; alle Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen ausdrücklich zu, dass zur Beurteilung, ob und unter welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, nach Eintritt eines Versicherungsfalles zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse) und Versicherungsfalldaten vom Versicherer an andere die Schadenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Diesem Zweck dient auch das „Zentrale Informationssystem -ZIS“ des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationssystemverbundsystem iSd §4 Z13 Datenschutzgesetz 2000). Das Zentrale Informationssystem ZIS ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung des Versicherungsmisbrauchs und des Versicherungsbetruges.
- Alle Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (z.B. Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme; keinesfalls sensible Daten) zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Finanzdienstleistungsprodukten verwendet oder durch Konzern- und Partnerunternehmen verwenden lässt und dass ihnen, auch telefonisch, per Fax, E-Mail usw. Vorschläge für Vertragsanpassungen und anderer Produkte unterbreitet werden. Die aktuellen Konzern- und Partnerunternehmen sind im Internet auf unserer Homepage www.allianz.at zu finden oder können über die Servicehotline 05/9009 erfragt werden. ja, ich stimme zu nein, ich stimme nicht zu. Diese Zustimmungserklärung kann vom Antragsteller und den versicherten Personen gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.
- Alle Antragsteller und die zu versichernde Person erklären sich einverstanden, dass die gesamte Korrespondenz rechtsverbindlich mit dem erstgenannten Antragsteller oder über die Inkassoadresse bzw. die Zustelladresse geführt wird.
- Alle Antragsteller und die zu versichernde Person sind an diesen Antrag sechs Wochen gebunden.
- Alle Antragsteller und die zu versichernde Person ermächtigen den Versicherer und die kontoführende Bank widerruflich, die von ihnen zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten ihres Konto einzuziehen (abzubuchen). Die Antragsteller haben das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungsdatum ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei ihrer Bank zu veranlassen. Der Versicherer hat mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die Vereinbarung einer unterjährigen Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich) ist eine Stundung, bei deren Nichteinhaltung der Versicherer zur Einforderung der Jahresprämie berechtigt ist.
- Alle Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer mit dem Kreditrechtsschutzverband von 1870 oder sonstigen gewerblich befugten Kreditauskunfteien jene Daten (Personalien, Höhe der Verbindlichkeit, Rückführungsmodalitäten, Schritte im Zusammenhang mit der Fälligkeitstellung und der Rechtsverfolgung) austauscht, die im Zusammenhang mit der Beantragung, Aufnahme und Abwicklung dieses Versicherungsvertrages stehen. Zweck der Übermittlung ist die Überprüfung der Bonität, bzw. Versicherbarkeit der Antragsteller und die Verwendung, Zusammenführung und Weitergabe der vorstehend angeführten Daten durch den Kreditrechtsschutzverband/die Kreditauskunftei an andere Organisationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit. Auf das Widerrufsrecht des Antragstellers gemäß §8 Abs.1 Z2 DSG 2000 wird hingewiesen.

Datum _____ Vermittler _____ Antragsteller und zu versichernde Person _____

Vor- und Familienname _____ Geb.Datum _____ . _____ . _____

Welche(s) Tätigkeit/Gewerbe übt die zu versichernde Person aus? _____

Liegen die behördlichen Genehmigungen (z.B. Gewerbebeschein, Ernennungsurkunde, ..) zur beruflichen Ausübung der Tätigkeit als Selbstständiger der zu versichernden Person vor? ja nein

Ist die zu versichernde Person gesetzlich kranken- und pensionsversichert? ja nein

Hat die zu versichernde Person eine Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherung bei der Allianz Elementar? ja nein

Wenn ja, Polizen Nr.: _____

Gesundheitsfragen (Nachstehende Fragen betreffen die zu versichernde Person):

Bestehen oder bestanden Krankheiten, Störungen, Anomalien oder Beschwerden? Anzuführen sind – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – folgende: ja nein

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. des Herzens, Kreislaufes, Blutes oder der Blutgefäße: z. B. Herzfehler, Herzinfarkt, abnormer Blutdruck, Krampfadern, Hämorrhoiden, Thrombose, Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. der Atmungsorgane: z. B. Bronchitis, Asthma, Tuberkulose, Lungen-, Rippenfellentzündung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. der Verdauungsorgane: z. B. Magen-, Darm-, Leber-, Milz-, Gallenleiden, Gelbsucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. des Bewegungsapparates: z. B. Wirbelsäule, Gelenke, Muskulatur, Rheumatismus, Arthritis, Ischias, Hüftdysplasie, -luxation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. der Harn- und Geschlechtsorgane: z. B. Nieren-, Blasenleiden (-steine), Geschlechtskrankheiten, gynäkologische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. der Drüsen und des Stoffwechsels: z. B. Schilddrüse, Zucker, Gicht, Lymphknoten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. des Gehirns, Rückenmarks, Nervensystems, der Haut und Sinnesorgane, seelische Störungen: z. B. Epilepsie, Depressionen, Psychosen, Geisteskrankheiten, Lähmungen, Seh- und Hörstörungen, Fehlsichtigkeit (ab 5 Dioptrien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sonstige, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde: z. B. Allergien, Infektionskrankheiten, Fertilitätsstörungen, Störungen des Immunsystems, Kieferanomalien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wurde eine HIV-Infektion festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind bisher Unfälle, Verletzungen bzw. Vergiftungen aufgetreten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind darüber hinaus in den letzten Jahren Beschwerden aufgetreten? Anzugeben sind auch solche, die bisher nicht behandelt wurden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Wurden darüber hinaus Durchuntersuchungen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Nahmen oder nehmen Sie gewohnheitsmäßig Alkohol, Drogen oder Medikamente zu sich? Bitte geben Sie an, was und wieviel: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wurden bisher Kurbehandlungen durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Körpergröße _____ in cm, Gewicht _____ in kg | | |
| 16. Sind Sie besonderen Risiken in Ihrem Beruf (z. B. Chemikalien, strahlende Substanzen) oder in Ihrer Freizeit (z. B. Rafting, Expeditionsteilnehmer, Paragleiten) ausgesetzt. Wenn ja, welchen: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. In den letzten zwei Jahren besuchte Ärzte (bitte unbedingt Name des Hausarzt angeben): _____ | | |

Genauere Angaben zu den mit „ja“ beantwortete Fragen (Frage 1 bis 14):

zu Frage Nr.*	Möglichst genaue Bezeichnung der Erkrankung, Störung, Anomalie oder Unfallfolge sowie der Behandlungsart (Medikamente, Operationen, Bestrahlungen?)	Behandlungsdauer von bis	Krankenhaus oder behandelnder Arzt	ausgeheilt	
				ja	nein
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* bezogen auf die Gesundheitsfragen

Besondere Vereinbarungen:

Prämienberechnung:

Die Leistungspflicht des Versicherers endet an dem Tag, für den keine Prämie mehr vorgeschrieben wird.

Karenzfrist: Variante gestaffelte Karenzfrist*** Variante volle Versicherungssumme:
Ist ein 1/360 der Versicherungssumme als Taxe vereinbart? ja nein

Ist die Taxenvereinbarung getroffen, muss im Versicherungsfall eine die versicherte Person betreffende – beim Finanzamt abgegebene – Einkommenssteuererklärung inkl. Beilage E1 (max. 2 Jahre alt) vorgelegt werden. Ist das zu versteuernde Einkommen geringer als die Versicherungssumme, wird die Leistung aliquot gekürzt. Ist keine Taxenvereinbarung getroffen, muss eine Deckungsbeitragsrechnung vorgelegt werden. Ab dem 182. Tag der vollständigen (=100%ige) Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall der versicherten Person wird die Leistung verdoppelt.

Versicherungssumme	
Prämiensatz	
<input type="checkbox"/> mit Reha-Management	
Jahresbruttoprämie bei zehnjähriger Laufzeit**	
1/____ Bruttoprämie	

Krankheiten, die Sie hier nicht eintragen wollen bzw. vor Antragsannahme eintreten, müssen dem Versicherer unverzüglich schriftlich angezeigt werden. Betriebsunterbrechung aufgrund vor Vertragsbeginn entstandener Erkrankungen und Gebrechen sowie eingetretener Verletzungen fallen nicht unter Versicherungsschutz. Falls Erkrankungen, Verletzungen oder Gebrechen, welche vor dem Versicherungsbeginn liegen, die Dauer der völligen (100%igen) Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person beeinflusst haben, wird die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage entsprechend dem Anteil der vorvertraglichen Erkrankungen, Verletzungen oder Gebrechen gekürzt. Bei chronischen Erkrankungen und/oder chronischen Gebrechen der Wirbelsäule und/oder Teilen der Wirbelsäule, bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule wird die Leistung um 50% gekürzt. Die Betriebsunterbrechungsversicherung (BUV) ersetzt bei Betriebsunterbrechungsschäden die fortlaufenden Betriebsauslagen und den tatsächlich entgangenen Betriebsgewinn für die Dauer der Betriebsunterbrechung (max. 360 Tage). Sie darf aber nicht zur Bereicherung führen.

** Die angeführte Jahresprämie beinhaltet die Steuern und einen Rabatt von 20% für eine 10-jährige Vertragsdauer dessen Rückerstattung der Versicherer bei vorzeitiger Vertragsauflösung verlangen kann.

*** Der Versicherer leistet bei Arbeitsunfähigkeit vom 4. bis zum 7. Tag 1/3 der Versicherungssumme, vom 8. bis zum 14. Tag 2/3 der Versicherungssumme und ab dem 15. Tag die volle Versicherungssumme (jeweils 1/360 der Versicherungssumme).