

BILD VON GRAFIK

LEBENSVERSICHERUNG - BAUSTEINSYSTEM

ANTRAG auf eine LEBENSVERSICHERUNG mit SOFORTSCHUTZ, ANPASSUNGSBRIEF ¹⁾ und GEWINNBETEILIGUNG ²⁾

"JUNIOR'S BEST"

Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben. Zutreffendes bitte ankreuzen!

Eingang in LD	EA	GK	Polizzenummer
Großkundenummer		PADABA - HINWEIS Versicherungsnehmer ist bereits Kunde bei der Wiener Städtischen: ja <input type="checkbox"/>	
Kontonummer		Name, Abteilung	P-S

Wurde ein schriftliches Offert erstellt? <input type="checkbox"/> ja (Offertkopie unbedingt beilegen!) <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Erhöhung zu Pol.Nr.	<input type="checkbox"/> Ersatz für Pol.Nr. 1. 2.

VERSICHERUNGSNEHMER Telefonnummer:

1	Familienname (Firma)	Titel, Vorname	Beruf bzw. derzeitige Beschäftigung	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J
Straße, Hausnummer			Ort	Postleitzahl	

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

2	Familienname	Titel, Vorname	Beruf bzw. derzeitige Beschäftigung	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J
Straße, Hausnummer			Ort	Postleitzahl	
3	Familienname	Titel, Vorname	Beruf bzw. derzeitige Beschäftigung	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J
Straße, Hausnummer			Ort	Postleitzahl	

FIRMENVERSICHERUNG

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

VERSICHERTES UND BEGÜNSTIGTES KIND FÜR "START INS LEBEN" IM PROGRAMM "JUNIOR'S BEST"

Familienname	Vorname	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J
<input type="checkbox"/> KINDERBÜNDEL Krankenversicherung: SOS-Auslandsreise-Krankenversicherung mit Rückholdienst Begleitkostenversicherung bis zum 12. Lebensjahr Unfallversicherung: zeitlich begrenzte, monatliche Unfallrente in Höhe von EUR 727,-, bei Unfallinvalidität von mindestens 50%. 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 (in die Gesamtprämie einzurechnen) EUR

VERTRAGSFORM Bei Abschluss einer Berufsunfähigkeits(zusatz)versicherung ist zusätzlich auch der entsprechende Fragebogen auszufüllen!

STAMMVERSICHERUNG	gilt für Person: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Alter	Vertrags- bzw. Aufschubdauer	Zahlungsdauer wenn abweichend	Beginn	Vers. Summe bzw. Jahresrente EUR	Prämienrate EUR ³⁾
RISIKOZUSATZVERSICHERUNG	<input type="checkbox"/> ZK 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				wie oben	EUR	EUR ³⁾
RISIKOZUSATZVERSICHERUNG	<input type="checkbox"/> ZK 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>				wie oben	EUR	EUR ³⁾
LV-ZUSATZVERSICHERUNGEN:							In die Prämienrate der Stammversicherung einzurechnen
Unfalltod: <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach	Unfall-Invalidität: <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach	Dread Disease: <input type="checkbox"/> Prämienertlass <input type="checkbox"/> Kapitaleistung EUR	<input type="checkbox"/> Prämienertlass im Krankheitsfall <input type="checkbox"/> Family Plus	<input type="checkbox"/> Prämienertlass bei Arbeitslosigkeit (Versicherer: CARDIF)	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeits-zusatzversicherung, Rente monatlich EUR		
Unfallrente Bündelversicherung	<input type="checkbox"/> - monatliche Unfallrente in Höhe von EUR 500,-, 20 Jahre lang, bei Unfallinvalidität von mindestens 50% - Versicherungssumme für Unfallinvalidität EUR 20.000,- <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach <input type="checkbox"/> vierfach <input type="checkbox"/> lebenslange monatliche Unfallrente in Höhe von EUR 500,-, bei Unfallinvalidität von mindestens 50% <input type="checkbox"/> einfach <input type="checkbox"/> zweifach <input type="checkbox"/> dreifach <input type="checkbox"/> vierfach					EUR	
UNFALLVERSICHERUNG Bündelversicherung	<input type="checkbox"/> Invalidität						EUR
Gesamtprämie							EUR

¹⁾ Der Einschluss des Anpassungsbriefes sichert Ihnen den Wert Ihrer Lebensversicherung. Diese automatischen Anpassungen erfolgen ohne neuerliche Prüfung des Gesundheitszustandes des Versicherten. Für den Einschluss des Anpassungsbriefes muß die Prämie monatlich mindestens EUR 20,- betragen. Bei Risikoversicherungen sowie bei Tarifen mit einmaliger oder variabler Prämienzahlung kann der Anpassungsbrief nicht eingeschlossen werden.

²⁾ Da die in künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorausgesehen werden können, beruhen Zahlenangaben über die zu erwartende Gewinnbeteiligung bzw. den Prämienbonus auf Modellrechnungen und dienen ausschließlich zu Illustrationszwecken (Darstellung gemäß Erlass des Bundesministeriums für Finanzen vom 5.3.2002, GZ. 9 000 400/2-V/10/02). Solche Angaben sind daher u n v e r b i n d l i c h. Die tatsächlich zur Auszahlung gelangende Gewinnbeteiligung bzw. der zukünftige Prämienbonus hängt allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab.

³⁾ Bei Versicherungen mit Prämienbonus ist dieser in der angeführten Prämienrate bereits berücksichtigt.

PRÄMIENZAHLUNG

<input type="checkbox"/> jährlich	<input type="checkbox"/> halbjährlich	<input type="checkbox"/> vierteljährlich	<input type="checkbox"/> monatlich	<input type="checkbox"/> einmalig	Als Angabe eingezahlt	EUR
<input type="checkbox"/> Abbuchungsauftrag besteht bereits und ist zu übernehmen zu				<input type="checkbox"/> Erlagschein (zusätzliche Gebühr!)		
Konto Nr.:				Bankleitzahl:		
<input type="checkbox"/> Abbuchungsauftrag für Lastschriften neu (siehe Schlusserklärung):						
Konto Nr.:		Bankleitzahl:		Kreditinstitut:		

BESONDERE VEREINBARUNGEN

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

GEWINNVERANLAGUNG (Wird nichts angegeben erfolgt die Gewinnveranlagung in klassischer Form.)

<input type="checkbox"/> klassische Veranlagung	<input type="checkbox"/> dynamische fondsgebundene Veranlagung CI MASTER FONDS DYNAMISCH (Capital Invest)	<input type="checkbox"/> progressive fondsgebundene Veranlagung RT BLUE CHIPS DACHFONDS (Ringturm KAG)
ZUSATZERKLÄRUNG FÜR DIE FONDSGEBUNDENE GEWINNVERANLAGUNG		
Ich verfüge über Kenntnisse bzw. Erfahrungen auf dem Gebiet der Veranlagung in Wertpapieren bzw. Investmentfonds		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Ihr Berater informiert Sie über alle Chancen und Risiken dieser Veranlagungsform. Bitte beachten Sie insbesondere unser umfangreiches Informationsmaterial und verlangen Sie Auskunft über alle Unklarheiten!		
→ 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.		
→ Ich bin über die einzelnen Veranlagungsmöglichkeiten aufgeklärt worden.		
→ Ich bin informiert worden, dass es über die Kapitalanlagefonds Rechenschaftsberichte gibt und diese mir auf Wunsch kostenlos zur Verfügung gestellt werden.		
→ Ich nehme zur Kenntnis, dass die WIENER STÄDTISCHE Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft auf die Wertentwicklung von Investmentfonds keinen Einfluss hat und daher für die Ergebnisse nicht haftbar gemacht werden kann.		

BEZUGSRECHT

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

VINKULIERUNG / ABTRETUNG / VERPFÄNDUNG / 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
Zu Gunsten (Name und Anschrift des Gläubigers)		

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-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie welche beantragt?	<input type="checkbox"/> JA; Welche? Versicherer? Polizzenummer? <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA; Welche? Versicherer? Polizzenummer? <input type="checkbox"/> NEIN
Wurde jemals ein Lebens-, Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherungsantrag abgelehnt, nur zu erschwerten Bedingungen angenommen, zurückgestellt oder ist über einen solchen Antrag noch nicht entschieden?	<input type="checkbox"/> JA; Welcher? Versicherer? Polizzenummer? <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA; Welcher? Versicherer? Polizzenummer? <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, Teilnahme an Wettbewerben, Tauchen tiefer als 40 m, Hänge-, Paragleiten, Fallschirmspringen, Ballonfahren, Extremsportarten)?	<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, 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 in 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. Allergie, 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:		

ZUSÄTZLICH ZU BEANTWORTEN BEI DREAD DISEASE - DECKUNGEN:

Bitte jede Frage beantworten!	Person <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Person <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
1. ANGABEN über die leiblichen ELTERN und GESCHWISTER	Alter: Falls krank, woran leiden sie? Alter bei Tod: Todesursache:	Alter: Falls krank, woran leiden sie? Alter bei Tod: Todesursache:
Vater:		
Mutter:		
Geschwister:		
Sind in der Familie Diabetes, Krebs, Geistes-, Nerven-, Nieren-, oder Herz-Kreislauf-erkrankungen vorgekommen?	<input type="checkbox"/> JA; Welche? Bei wem? <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA; Welche? Bei wem? <input type="checkbox"/> NEIN
Halten Sie sich auch im außereuropäischen Ausland auf (ausgenommen Urlaub) oder wird dies voraussichtlich in absehbarer Zeit der Fall sein?	<input type="checkbox"/> JA; Wo? Wann, wie lange? Zweck? <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA; Wo? Wann, wie lange? Zweck? <input type="checkbox"/> NEIN

Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben; dies auch dann wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben wurden. Ich nehme zur Kenntnis, dass das Verschweigen von Krankheiten oder Gebrechen, die mir bekannt sind bzw. bis Vertragsabschluss bekannt werden, zur Ablehnung von Leistungsansprüchen führen kann.

Die Schlussklärung auf der Rückseite dieses Antrages habe ich gelesen. Sie enthält u.a. Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, die ausdrückliche Zustimmung zur Übermittlung von Daten sowie Informationen über den Umfang der Vertretungsmacht des Vermittlers. Mit meiner Unterschrift stimme ich dieser Schlussklärung ausdrücklich zu und mache sie zum Inhalt des Antrages. An diesen Antrag hält sich der Antragsteller durch sechs Wochen gebunden.

Für die beantragte Versicherung gilt österreichisches Recht. Die Übernahme einer Antragsdurchschrift und der Informationsbroschüre (Mitteilungen gemäß §§ 9a und 18b VAG) wird bestätigt.

DIE 2. DURCHSCHRIFT DIESES ANTRAGES VERBLEIBT BEIM KUNDEN!

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Produkte verwendet oder durch andere, zur Gruppe der WIENER STÄDTISCHEN gehörende Unternehmen aus der Versicherungs- und sonstigen Finanzdienstleistungsbranche verwenden lässt, und dass ihnen auch telefonisch, per Fax, e-mail usw. Vorschläge für Vertragsanpassungen und andere Produkte unterbreitet werden; diese Weitergabe kann untersagt werden.	<input type="checkbox"/> ja, ich stimme zu <input type="checkbox"/> nein
--	---

Ort, Datum	Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift des Versicherungsnehmers (bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)	Unterschrift der zu versichernden, volljährigen Personen (wenn abweichend vom Versicherungsnehmer)
Identifizierungspflicht des Versicherungsnehmers für die LV gem. § 18a VAG Art und Nummer eines amtlichen Lichtbildausweises bzw. bei juristischen Personen zusätzlich die Firmenbuchnummer:	ausstellende Behörde	Ausstellungsdatum	

SCHLUSSERKLÄRUNG

Versicherungsanträge sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers und des Versicherten müssen schriftlich erfolgen. Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben auch dann, wenn er diese nicht eigenhändig geschrieben hat. Der Antragsteller und die zu versichernde Person nehmen zur Kenntnis, daß das Verschweigen von Krankheiten und Gebrechen, die ihnen bekannt sind, bzw. bis Vertragsabschluß bekannt werden, zur Ablehnung von Leistungsansprüchen führen kann.

Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen. Ein Gefahrenumstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

AUSDRÜCKLICHE ZUSTIMMUNG ZUR ERMITTLUNG, ÜBERMITTLUNG UND SONSTIGEN VERWENDUNG VON DATEN

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz verpflichtet die Antragsfragen 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.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, daß der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, sowie zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

- über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherungsträgern, Versicherungsunternehmen, sonstigen Versicherungseinrichtungen, Behörden usw.) alle notwendigen Erkundigungen einzieht; sie entbinden die Befragten im voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht;
- Personenidentifikations- und Vertragsdaten des "Zentralen Informationssystems - ZIS" des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationsverbundsystems iSd § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000) an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an den Versicherer übermittelt werden.

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 unzumutbar 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 benutzten 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 in bestimmten Fällen Arztkosten aber sonst keine zusätzlichen Gebühren, außer für Mehraufwendungen, die von Ihnen veranlaßt werden (z.B. Mahngebühren bei Prämienverzug, Einbebegebühr bei Erlagscheininkasso).

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Für diesen Antrag gelten die dem gewählten Tarif 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 ABBUCHUNGSaufTRAG 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 bzw. für den Eintritt einer bestimmten schweren Erkrankung oder der schweren Pflegebedürftigkeit beantragten Versicherungssummen, höchstens auf EUR 100.000,-, auch wenn insgesamt höhere Summen für den Todesfall bzw. den Eintritt einer bestimmten schweren Erkrankung oder der schweren Pflegebedürftigkeit desselben Versicherten beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,

- wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist, nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
- und insoweit Bestimmungen der für die beantragte Versicherung geltenden Versicherungsbedingungen die Leistungspflicht des Versicherers nicht einschränken oder ausschließen.

Der vorläufige Sofortschutz gilt nicht für die schweren Erkrankungen Krebs und Bypass-Operation und die schwere Pflegebedürftigkeit, es sei denn die schwere Pflegebedürftigkeit wird durch einen Unfall hervorgerufen.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages in einer unserer Verwaltungstellen, 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 bzw. einmalige Prämie.

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.