

**PERSONENDATEN**

**VERSICHERUNGSNEHMER(IN)**

**ADRESSE**

**ORDINATION**

FAMILIENNAME: .....

PLZ / ORT: .....

VORNAME: .....

STRASSE: .....

GESCHLECHT: ..... (M / W)

TITEL: .....

HAUS- / TÜRNr.: .....

GEBURTSDATUM: ..... (TT / MM / JJ)

FACH: .....

**ZUSTELLADRESSE**  
(FALLS ABWEICHEND  
ZUR ORDINATION)

derzeitige TÄTIGKEIT: .....

PLZ / ORT: .....

TELEFON: .....

STRASSE: .....

TELEFAX: .....

EMAIL: .....

HAUS- / TÜRNr.: .....

**GESUNDHEITSFragen**

**HAUSARZT**

KÖRPERGRÖSSE: ..... CM

NAME: .....

GEWICHT: ..... KG

TAGESKONSUM AN:

PLZ / ORT: .....

ALKOHOL: .....

STRASSE: .....

DROGEN: .....

MEDIKAMENTE: .....

HAUS- / TÜRNr.: .....

NIKOTIN: .....

BESTAND IN DEN LETZTEN 5 JAHREN EINE ARBEITSUNFÄHIGKEIT  NEIN  JA

**BITTE MACHEN SIE GENAUE ANGABEN ZU:**

**BESTEHEN BESONDERE GEFAHREN DURCH:**

(auch solche, die für unwesentlich gehalten werden)

(anfrage- & prämienpflichtig)

OPERATIONEN: .....

SPORTTAUCHEN: .....

SPITALSAUFENTHALTEN: .....

KLETTERN (ab V): .....

ANOMALIEN: .....

BERGSTEIGEN (ab 4000 m): .....

KRANKHEITEN: .....

MOTORFLIEGEN: .....

BESCHWERDEN: .....

SEGELFLIEGEN: .....

KÖRPERSCHÄDEN: .....

UNFÄLLEN: .....

EINSCHLUSS BESONDERE  NEIN

INVALIDITÄTEN: .....

GEFAHREN GEWÜNSCHT:  JA

USW.: .....

ICH ERKLÄRE, DASS ALLE FRAGEN WAHRHEITSGETREU & VOLLSTÄNDIG BEANTWORTET WURDEN

UNTERSCHRIFT VERSICHERUNGSNEHMER(IN)

**VERSICHERUNGEN**

HABEN SIE EINE BUFT-VERSICHERUNG?  
(BITTE POLIZZE BEILEGEN)

NEIN  JA      VERSICHERUNG: .....

POLIZZE NR: .....  
VERSICHERUNGSSUMME: .....  
JAHRESPRÄMIE: .....

BESTANDEN BUFT-VERSICHERUNGEN?

NEIN  JA      VERSICHERUNG: .....

WURDEN DIESE VOM VERSICHERER GEKÜNDIGT?

NEIN  JA      VERSICHERUNG: .....

WURDE EIN ANTRAG AUF BUFT-VERSICHERUNG ABGELEHNT?

NEIN  JA      VERSICHERUNG: .....

HABEN SIE EINE BESTEHENDE KRANKENVERSICHERUNG

NEIN  JA      VERSICHERUNG: .....

**STEUERBERATER**

**VERSICHERUNGSSUMME**

NAME: .....  
PLZ / ORT: .....  
STRASSE: .....  
HAUS- / TÜRRNR.: .....  
TELEFON: .....

VOM STEUERBERATER AUSZUFÜLLEN:

UMSATZ LETZTVRFÜGB. JAHR: .....  
abzügl. VARIABLE KOSTEN: .....  
ergibt DECKUNGSBEITRAG: .....  
geteilt durch      250 ARBEITSTAGE

**TAGSATZ**

**VARIANTEN / PRÄMIEN**

STAND 01.01.2004

BITTE DIE GEWÜNSCHTE VARIANTE ANKREUZEN

KARENZ	HAFTUNGSZEIT	FAKTOR	TAGSATZ	JAHRESPRÄMIE
--------	--------------	--------	---------	--------------

**SIE SIND UNTER 50**

<b>A</b>	5 ARBEITSTAGE	12 MONATE	2,45	x	.....	=	.....
<b>B</b>	10 ARBEITSTAGE	12 MONATE	1,70	x	.....	=	.....
<b>C</b>	5 ARBEITSTAGE	24 MONATE	2,94	x	.....	=	.....
<b>D</b>	10 ARBEITSTAGE	24 MONATE	2,04	x	.....	=	.....

**SIE SIND 50 oder ÄLTER**

<b>E</b>	5 ARBEITSTAGE	12 MONATE	4,20	x	.....	=	.....
<b>F</b>	10 ARBEITSTAGE	12 MONATE	2,88	x	.....	=	.....
<b>G</b>	5 ARBEITSTAGE	24 MONATE	5,04	x	.....	=	.....
<b>H</b>	10 ARBEITSTAGE	24 MONATE	3,45	x	.....	=	.....

ZAHLUNGSWEISE:  JÄHRLICH  
 HALBJÄHRLICH  
 VIERTELJÄHRLICH  
 MONATLICH (NUR MIT LASTSCHRIFT)

VERSICHERUNGSBEGINN: 01. .... 2004  
VERSICHERUNGSENDE: 01.01.2010

VOM VERMITTLER AUSZUFÜLLEN:  
VERMITTLER: .....  
VERMITTLERNUMMER: .....

DATUM / UNTERSCHRIFT  
VERSICHERUNGSNEHMER(IN)

ATLAS VERSICHERUNGSMAKLER GMBH - 119.394

## **DATENSCHUTZERKLÄRUNG - Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten:**

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 für erforderlich erachteten Erkundigungen einzieht und diese Daten an den Versicherer übermittelt werden; sie entbinden die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht;
- Personenidentifikationsdaten im Rahmen des "Zentralen Informationssystems - ZIS" des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, (Informationsverbundsystem i.S.d. § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000), an die Konzernunternehmen und an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermittelt und solche Daten von diesen Versicherungsunternehmen an den Versicherer übermittelt werden.

### **Verantwortlichkeit für den Antrag – Schriftform**

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz verpflichtet, die Antragsfragen richtig und vollständig zu beantworten, andernfalls kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ablehnen. Für die Richtigkeit ist der Antragsteller allein verantwortlich, auch wenn er den Antrag nicht selbst ausgefüllt hat. Der Vermittler darf über die Bedeutung von Antragsfragen oder Erkrankungen keine verbindlichen Erklärungen abgeben. Alle Erklärungen müssen schriftlich im Antrag niedergelegt werden. Besondere Vereinbarungen und Vorbehalte bedürfen der schriftlichen Bestätigung des Versicherers.

### **Rechtsgrundlagen**

Die Rechtsgrundlagen für die beantragte Versicherung sind die derzeit geltenden Tarifbestimmungen, die Versicherungsbedingungen sowie das Versicherungsvertragsgesetz. Es ist österreichisches Recht anzuwenden.

### **Aufsichtsbehörde**

Finanzmarktaufsicht, 1020 Wien, Praterstrasse 23.

### **Verpflichtungen bis zum Versicherungsbeginn, Rücktrittsrecht, Dauerrabatt, Obliegenheiten**

Ich verpflichte mich, alle Veränderungen im Gesundheitszustand der versicherten Person(en) (Erkrankungen, Unfälle), die bis zum Versicherungsbeginn eintreten, der UNIQA Versicherung unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

Dem Antragsteller wird ein Rücktrittsrecht vom Antrag bzw. Vertrag eingeräumt. Dieses Rücktrittsrecht erlischt zwei Wochen nach Zugang der Police, der Versicherungsbedingungen und der Erfüllung der Mitteilungspflichten nach § 5b VersVG; anderenfalls einen Monat nach Zugang der Police. Der Rücktritt bedarf zu seiner Wirksamkeit der Schriftform. Es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird.

Den Prämien liegt ein Dauerrabatt von 20 % für eine zehnjährige Vertragslaufzeit zugrunde; bei vorzeitiger Auflösung des Vertrages wird jener Betrag nachverrechnet, um den die Prämie für die tatsächliche Vertragsdauer höher bemessen worden wäre (Dauerrabatt-Rückforderung). Für eine kürzere, zumindest aber fünfjährige Laufzeit wird ein Zuschlag von 12,5 % verrechnet.

Ich nehme zur Kenntnis, dass nachstehende Obliegenheiten deren Verletzung eine Leistungsfreiheit bewirken können - einzuhalten sind:

- Ein Versicherungsfall ist unverzüglich anzuzeigen.
- Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen.
- Beim Lenken eines Kraftfahrzeuges ist in jedem Fall der Besitz der kraftfahrrechtlichen Berechtigung notwendig.

### **Versicherer**

UNIQA Sachversicherung AG, A-1021 Wien, Praterstraße 1-7, Tel. (01) 211 75-0\*, Sitz: Wien, FN 46466 h beim Handelsgericht Wien, DVR: 00664367

### **Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften**

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/Wir habe(n) das Recht, innerhalb von 42 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

**Zahlungsempfänger: UNIQA Sachversicherung AG, A-1021 Wien, Praterstraße 1-7.**

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_  
Kontonummer des Zahlungspflichtigen

\_\_\_\_\_  
Geldinstitut

\_\_\_\_\_  
Bankleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der zu versichernden Person(en)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherungsnehmer/In