

Sehr geehrte Damen und Herren !

Wir ersuchen Sie, den jeweiligen Versicherungsantrag unterfertigt und vollständig ausgefüllt mit der Post an unser Büro zu senden.

Für die **Sonderklasseversicherung nach Unfall** verwenden Sie bitte den Antrag der **Merkur Versicherung AG** und für die **Reisekrankenversicherung** den Antrag der **Uniqa Versicherung AG**.

Versicherungsschutz entsteht bedingungsgemäß erst mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers.

Um das Verlustrisiko des Antrags am Postweg kontrollieren zu können, bitten wir Sie den Antrag vorab an unser Büro zu faxen, oder uns per Telefon oder Mail darüber zu informieren, dass ein Antrag zu uns unterwegs ist.

Wir können dann reagieren, sollte der Originalantrag nicht in einer angemessenen Frist bei uns einlangen. Damit verhindern Sie eine Verzögerung oder das Nichtzustandekommen Ihres Versicherungsschutzes.

Weiters ersuchen wir Sie um Bekanntgabe einer Telefonnummer, damit wir Sie im Bedarfsfall über den Verlust Ihres Antrags oder bei Fragen zum Antrag kontaktieren können.

Für weitere Informationen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit sportlichen Grüßen  
Versicherungsbüro Held

---

**Versicherungsmakler  
Berater in Versicherungsangelegenheiten  
Gewerbliche Vermögensberatung**

2353 Guntramsdorf, Hauptstraße 25  
Tel.: 02236 / 53086-0 Fax: 02236 / 53086-4  
[office@diehelden.at](mailto:office@diehelden.at) [www.diehelden.at](http://www.diehelden.at)

**Merkur Versicherung Aktiengesellschaft**



**Antrag Gesundheitsvorsorge**

**Privatklasse Unfall**

Eingangsstempel LD	Eingangsstempel GD
--------------------	--------------------

<b>Stammdaten</b>		Kundenkontakt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Vermittler-Nr. <b>64235</b>	Name <b>W. HELD GMBH</b>	Vermittler-Nr.	Name
Kunden-Nummer		Antragsteller, Familienname	
Titel		Vorname	
Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr		Geschlecht <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.	
Fam. Stand		beschäftigt bei	
Sozialversicherung		Beruf, Art der Beschäftigung	
IKZ		Postleitzahl	
Ort		Telefon-Nr.	
Straße		E-Mail	
Nummer		Nationalität	

P	Zu versichernde Person (Familienname, Vorname, Titel) Kunden-Nr.	Verwandtschafts-Verhältnis	Geburtsdatum Tag   Monat   Jahr	Beruf - Art der Beschäftigung	Sozial- vers.	m. w.	Tarif	gewünschte Zusatzleistung		Monats- prämie
							Privatklasse			
1							<b>Unfall</b>			
2							<b>Unfall</b>			
3							<b>Unfall</b>			
4							<b>Unfall</b>			

Vers.-Beginn	<b>01</b>	<b>20</b>	Pol.-Nr.	Summe-Gesamtmonatsprämie (inkl. Vers.-Steuer):
<input type="checkbox"/> Neubeitritt <input type="checkbox"/> Nachversicherung <input type="checkbox"/> Tarifumstellung <input type="checkbox"/> Aktentrennung				

Besondere Vereinbarungen  
Dieser Antrag gilt nur für die Privatklasse Unfall

Bei welcher anderen Versicherungsanstalt besteht oder bestand eine Krankenversicherung bzw. haben Sie eine beantragt	Anstalt, Tarif	von	bis
--	----------------	-----	-----

Sind die zu versichernden Personen besonderen Gefahren (im Sport, im Beruf, Reisen nach außereuropäischen Ländern) ausgesetzt oder werden solche Tätigkeiten geplant?  nein  ja, welche? P welche Sportarten? P

**Erklärung zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person**

Bestanden jemals schwerwiegende Krankheiten, Verletzungen oder sonstige Anomalien wie z. B. Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und des Kreislaufsystems, des venösen und arteriellen Gefäßsystems, der Verdauungsorgane, des zentralen und peripheren Nervensystems, der Knochen/Gelenke/Muskeln/Sehnen, der Harn- und Geschlechtsorgane, des Blutes, der Drüsen, des Stoffwechsels, der Haut, der Ohren, der Augen, gut- und bösartige Tumore, Infektionskrankheiten und Allergien, Unfruchtbarkeit, Missbildungen, geistig/seelische Störungen, ein HIV-positiver Blutbefund.

Wenn ja, geben Sie uns bitte Einzelheiten bekannt. P1  ja  nein P2  ja  nein P3  ja  nein P4  ja  nein

Person	Art der Krankheiten, Beschwerden, körperliche Fehler, Behandlungen, Operationen, Allergien u. a.	ärztliche Behandlung		Name, Adresse der Ärzte Krankenhäuser etc.	Operation ja/nein	ausgeheilt	
		stationär von/bis	ambulant von/bis			seit	nein

Name und Adresse des Hausarztes und/oder des behandelnden Arztes:

<b>Zahlungart</b>	<b>Bei Einzugsermächtigung</b>
Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (siehe Schlusserklärung)	GK-Konto: BLZ:
<input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> Erlagschein	Geldinstitut: Kontonummer:
	Kontoinhaber:

**Schlusserklärung: Wir verweisen auf die umseitige Schlusserklärung, die wesentliche Vertragsbestandteile beinhaltet.**

Ort, Datum	Unterschrift Vermittler	Unterschrift aller mitzuversichernden erwachsenen Personen	Unterschrift Antragsteller (Vers.-Nehmer) ggf. als gesetzlicher Vertreter
------------	-------------------------	--	---

# Schlussklärung für die Gesundheitsvorsorge

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form ausgeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

In Anwendung des § 1aVersVG ist der Antragsteller 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

**Der Versicherungsschutz entsteht erst mit Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers. Der Antragsteller nimmt daher ausdrücklich zur Kenntnis, dass vor diesem Zeitpunkt eine vorläufige Deckungspflicht des Versicherers nicht besteht; dies gilt auch, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.**

Die Antragstellung sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen sind nur schriftlich möglich. Der Antragsteller sowie die unterzeichnenden Personen bestätigen ausdrücklich, dass die Antragstellung nur im Rahmen dieses schriftlichen Antrages erfolgt und mit dem Vermittler (Außendienstmitarbeiter) keine sonstigen Abreden und Vereinbarungen, insbesondere keine mündlicher Art, getroffen wurden. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, mündliche Erklärungen oder Deckungszusagen für den Versicherer abzugeben; diese sind nur dann wirksam, wenn sie im Antrag schriftlich festgehalten sind bzw. auch auf der Police bestätigt werden. Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie Kenntnisse und Wahrnehmungen des Vermittlungsagenten sind der Kenntnis des Versicherers nicht gleichzusetzen. Der Vermittler ist weiters nicht berechtigt, über die Bedeutung oder Erheblichkeit der im Antrag enthaltenen Fragen und hiebei insbesondere die Gesundheitsfragen verbindliche Erklärungen für den Versicherer abzugeben.

Der Antragsteller und Versicherungsnehmer bestätigt, die im Antrag gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und verbürgt sich für die Richtigkeit der Angaben, auch wenn sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ebenso verpflichtet sich der Antragsteller sowie alle unterzeichnenden Personen alle etwaige Änderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die in der Zeit zwischen dem heutigen Tag und der Zustellung (Übernahme) der Police eintreten, umgehend schriftlich anzuzeigen. Wissen und Verhalten der zu versichernden Person stehen dem des Antragstellers (Versicherungsnehmers) gleich. 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.

## 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 dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, alle unerlässlichen Auskünfte von praktischen- und Fachärzten sowie sonstigen vom Antragsteller bzw. der versicherten Person in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge einholen darf.
- Der Antragsteller und die zu versichernden Personen 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 eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei Ärzten, Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht; sie entbinden die Befragten im voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht;
  - über beantragte bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern und privaten Versicherungsunternehmen alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht;

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

- Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse) im Rahmen des „Zentralen Informationssystems – ZIS“ des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationsverbundsystem iSd § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000) an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Das Zentrale Informationssystem – ZIS ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung des Versicherungsmisbrauchs und Versicherungsbetruges.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ferner 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 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.

ja  nein

Die aktuellen Konzern- und Partnerunternehmen sind im Internet auf unserer homepage ([www.merkur.at](http://www.merkur.at)) zu finden oder können über die Servicehotline (0800/20 60 80) erfragt werden.

## Gesundheitsvorsorge (vorläufige Deckung)

Die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft gewährt vorläufige Deckung im Rahmen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen für die beantragte Gesundheitsvorsorge Versicherung für stationäre Heilbehandlung infolge von Unfällen in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines Krankenhauses. Ausgenommen davon sind Behandlungen von Folgen von Unfällen, die die versicherte(n) Person(en) bereits vor Beginn des Sofortschutzes erlitten hat/haben.

Die vorläufige Deckung beginnt mit dem Einlangen des Antrags in der zuständigen Landesdirektion der Merkur Versicherung AG, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn unter der Voraussetzung, dass die zu versichernde(n) Person(en) gesund und voll arbeitsfähig und nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle ist (sind).

Die vorläufige Deckung endet mit Zustellung der Police oder einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, spätestens aber nach Ablauf von 3 Wochen.

**Generaldirektion** | A-8010 Graz, Joanneumring 22 | Tel. (+43) 0316/8034-0, Fax (+43) 0316/8034-2534 | E-mail: [merkur@merkur.at](mailto:merkur@merkur.at) | [www.merkur.at](http://www.merkur.at) | Servicetelefon: 0800/206080  
Landesdirektionen: **1041 Wien**, Wiedner Hauptstraße 23 - 25, 01/5055744-47 | **3100 St. Pölten**, Peppertstraße 33, 02742/368642 | **4021 Linz**, Volksgartenstraße 17, 0732/664466  
**5020 Salzburg**, Auerspergstraße 15, 0662/871434 | **6020 Innsbruck**, Leopoldstraße 17, Merkur-Hof, 0512/59840 | **6851 Dornbirn**, Mozartstraße 3, 05572/24505  
**8010 Graz**, Conrad v. Hötzendorferstraße 86, 0316/8083-0 | **9020 Klagenfurt**, Lidmanskýgasse 17, 0463/511848  
Merkur Versicherung Aktiengesellschaft | Firmenbuch FN 38045 z | LG Graz als Firmenbuchgericht | UID: ATU28646007 | St.Sp.k.: BLZ 20815 Kto. 0000-133280

Diese Zustimmungserklärungen und die Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht können vom Antragsteller und den versicherten Personen gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.

Vom Antragsteller sind eventuell Nebengebühren (wie z.B. Mahngebühren, Vinkulierungsgebühren, Verzichtsgebühr, Erlagscheingebühr) nach Vorschreibung zu entrichten.

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt österreichischem Recht. Den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden können an die Finanzmarktaufsicht (FMA) in 1020 Wien, Praterstraße 23, gerichtet werden.

Der Antragsteller und Versicherungsnehmer bestätigt, dass er eine Durchschrift seiner Vertragserklärung (Antragsformular) erhalten hat und die Bestimmungen über vorgesehene Änderungen der Prämie entsprechend den einschlägigen Bestimmungen des VersVG ausgefolgt worden sind. Die den einzelnen Tarifen zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des Vertrages.

Ein Krankenversicherungsvertrag gilt auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers abgeschlossen. Davon ausgenommen sind kurzfristige Verträge, die auf weniger als ein Jahr befristet sind. Die Prämien sind für die Laufzeit des Vertrages in der gewählten Zahlungsweise zu bezahlen.

## Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unserere 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 Abbuchungsauftrag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

## Rücktrittsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können unter folgenden Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten:

### Rücktrittsrecht nach § 3 KSchG:

Sie sind als Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, berechtigt – sofern der Antrag außerhalb der von uns dauernd benützten Räume unterfertigt wurde – vom Vertrag oder vom Antrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages und danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Wirksamkeit der Schriftform. Haben Sie die geschäftliche Beziehung zum Zwecke der Schließung des Vertrages selbst angebahnt, steht Ihnen das Rücktrittsrecht nicht zu.

### Rücktrittsrecht nach § 3a KSchG:

Sie können binnen einer Woche schriftlich vom Antrag oder vom Vertrag zurücktreten, wenn für Ihre Einwilligung maßgebliche Umstände, deren Eintritt als wahrscheinlich dargestellt wurde, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Maßgebliche Umstände sind insbesondere die Aussicht auf steuerrechtliche Vorteile oder die Aussicht auf einen Kredit. Die Frist beginnt zu laufen, sobald Ihnen erkennbar ist, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten und Sie eine schriftliche Belehrung über dieses Rücktrittsrecht erhalten haben. Dieses Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages. Dieses Rücktrittsrecht steht Ihnen nicht zu, wenn Sie wussten oder wissen mussten, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten oder wenn der Ausschluss dieses Rücktrittsrechtes mit Ihnen individuell vereinbart wurde oder wir uns zu einer angemessenen Anpassung des Vertrages bereit erklären.

### Rücktrittsrecht nach § 5b VersVG:

Sie können binnen 2 Wochen schriftlich vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie nicht eine Kopie des Antrages, die Versicherungsbedingungen oder die in den §§ 9a und 18b VAG und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form „Versicherungsagent“ erfolgte, die in den §§ 137f Abs 7 und 8 und §§ 137g GewO 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen, erhalten haben. Diese Rücktrittsfrist beginnt zu laufen, wenn diese Mitteilungspflichten erfüllt worden sind, und Sie die Police und die Versicherungsbedingungen einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Police einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Kurzantrag für:

### Not & Unfall Service 2011

#### Auslandreise - Krankenversicherung

W. Held GmbH, 2353 Guntramsdorf, Hauptstraße 25  
 Tel.: 02236/53086-0 Fax: 02236/53086-4  
 office@diehelden.at www.diehelden.at

Polizzenummer

neu

Versicherungsnehmer ist versicherte Person?

Ja  Nein

V 1

Familienname, Vorname, Titel

früherer Familienname

Straße, Platz, Hausnummer, Stiege, Tür, Tel.-Nr.

genaue Berufsangabe/Nebenberuf

PLZ Wohnort

Sozialversicherung SV.Nr.

Anzahl der Kinder im gemeinsamen Haushalt

Familienstand Geburtsdatum JJJJ/MM/TT  weiblich  männlich

Versicherte Personen

V 2

Familienname, Vorname, Titel

früherer Familienname

Familienstand Geburtsdatum JJJJ/MM/TT  weiblich  männlich

Sozialversicherung SV.Nr.

V 3

Familienname, Vorname, Titel

Geburtsdatum JJJJ/MM/TT

weiblich  männlich

Sozialversicherung SV.Nr.

V 4

Familienname, Vorname, Titel

Geburtsdatum JJJJ/MM/TT

weiblich  männlich

Sozialversicherung SV.Nr.

Tarifauswahl

X Kündigungsverzichts-  
dauer 2 Jahre  
(siehe „Weitere  
Hinweise und  
Vereinbarungen“  
auf der Rückseite)

V 1  QRS2008 / Auslandreise KV

mtl. € .....

V 2  QRS2008 / Auslandreise KV

mtl. € .....

V 3  QRS2008 / Auslandreise KV

mtl. € .....

V 4  QRS2008 / Auslandreise KV

mtl. € .....

Einschluss Vitalplan für:

V 1

V 2

V 3

V 4

mtl. € .....

**20 / / 01**  
 Versicherungsbeginn  
 (JJJJ/MM/TT)

Steuerbestätigung:  ja  nein

Gesamtprämie neu monatlich €

=====

Zahlungsrhythmus  
 Zahlungsweg

1/4-jährlich  1/2-jährlich  jährlich

Einzugsermächtigung  
 (Formular bitte ausfüllen)

Zahlschein  
 – Gebühr derzeit EUR 1,-

Erklärung der zu versichernden Person(en)

Die zu versichernde(n) Person(en) wird (werden) weder wegen

- **schwerwiegenden Erkrankungen** (Krebs, Schlaganfall, Depressionen, Geistes- und Bewusstseinsstörungen, Multiple Sklerose, Herzinfarkt, Tuberkulose, Nierenversagen, Leberzirrhose, Diabetes, chronische Polyarthritis, AIDS - auch HIV positiver Befund) oder
  - **schweren Verletzungen** (Schädel-Hirn-Trauma, Querschnittlähmung) behandelt, noch lagen diese jemals vor.
- Weiters betreibt(betreiben) die zu versichernde(n) Person(en)
- **nicht hauptberuflich Sport.**

Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist weder geplant noch wurde diese von ärztlicher Seite angeraten.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten, nicht jedoch Gesundheitsdaten, zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Produkte verwendet oder durch die nachstehend genannten Konzernunternehmen verwenden lässt und dass ihnen auch telefonisch, per Fax, E-Mail bzw. Vorschläge für Vertragsanpassungen und andere Produkte unterbreitet werden. Ein Widerruf der Zustimmung ist möglich.  
 Zu den Konzernunternehmen gehören: UNIQA Versicherungen AG, UNIQA Personenversicherung AG, UNIQA Sachversicherung AG, Raiffeisen Versicherung AG, Salzburger Landesversicherung AG, CALL DIRECT Versicherung AG, FinanceLife Lebensversicherung AG, UNIQA Leasing GmbH, UNIQA Finanz-Service GmbH.  ja  nein

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.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ferner 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 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 oben genannten Konzernunternehmen und an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermittelt und solche Daten von diesen Versicherungsunternehmen an den Versicherer übermittelt werden.

Datenschutzerklärung

Es wurden keine mündlichen Nebenabreden getroffen. Einen Durchschlag des Antrages habe ich erhalten. Durch meine Unterschrift mache ich die obigen Erklärungen sowie die auf der Rückseite befindlichen Erklärungen und Hinweise zum Inhalt des Antrages und erkenne diese an.

Ort, Datum

Unterschrift: BetreuerIn

123754 Held

Unterschrift der zu versichernden Person(en)

(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzl. Vertreters)

Unterschrift: VersicherungsnehmerIn

# Weitere Hinweise und Vereinbarungen

## 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.

## Beginn des Versicherungsschutzes

Die Antragstellung begründet noch keinen Versicherungsvertrag. Der Versicherungsschutz beginnt nach Maßgabe der vertraglichen Bedingungen mit dem Zugang der Versicherungspolize oder einer gesonderten Annahmeerklärung sowie fristgerechten Prämienzahlung zu dem in der Polize angegebenen Zeitpunkt.

## Anzeigepflicht bis zum Zugang der Polize

Treten zwischen Antragstellung und Zugang der Versicherungspolize gesundheitliche Beschwerden, eine Schwangerschaft, eine Erkrankung oder eine Verletzung der zu versichernden Person ein, so hat der Antragsteller den Versicherer unverzüglich schriftlich zu informieren.

## Rücktrittsrecht

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

## Interne Daten

Eingangsstempel LD Service Center

LD/Fach

## Krankenversicherung

Betreuer = Produzent ▶

Verm. Nr. **123754** Kurzname **Held** D Prov. Anteil **100**

## 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/unsere 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.

Name und genaue Anschrift des Zahlungspflichtigen

Kontonummer des Zahlungspflichtigen

bei (genaue Bezeichnung der Kreditunternehmung)

Bankleitzahl

Zahlungen wegen (Verpflichtungsgrund, ev. Betragsbegrenzung – gilt nicht gegenüber den durchführenden Banken)

## An (Zahlungsempfänger)

UNIQA Personenversicherung AG  
A-1021 Wien, Untere Donaustraße 25

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten

**Bitte senden Sie den Antrag per Post an:**

**W. Held GmbH, 2353 Guntramsdorf, Hauptstraße 25**

**Tel.: 02236/53086-0**

**Fax: 02236/53086-4**

**office@diehelden.at**

**www.diehelden.at**