

Antrag auf Abschluss einer Risikoversicherung

Eingelangt	<input type="checkbox"/> Neuversicherung	<input type="checkbox"/> Vertragsänderung (Ersatz der Polizzen-Nr.)	Vrtr. Nr./Name 3708
Polizzen-Nr.	Kundennummer		GL. Nr./Name/Filiale

Versicherungsnehmer/versicherte Person (V1) <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Firma <input type="checkbox"/>				
Name, Vorname, (ggf. Geburtsname)	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Titel	Geburtsdatum T T M M J J J J	Beruf
Straße/Haus-Nr.	Land	Postleitzahl	Ort	Telefon-Nummer

Identifikationsprüfung gemäß § 98b V.a.G. (bzw. Angaben gemäß §§ 98a ff V.a.G.)				
Der Versicherungsnehmer stellt den Antrag <input type="checkbox"/> auf eigene Rechnung <input type="checkbox"/> als Treuhänder (Kopie der Legitimation zwingend erforderlich!)				
VN	Name	Ausweisart	Ausweisnummer	Behörde
Beitragszahler				
Treugeber				
Der Versicherungsnehmer übt ein wichtiges öffentliches Amt eines anderen Staates als Österreich, der europäischen Gemeinschaften oder einer Internationalen Organisation aus bzw. hat ein solches bis vor einem Jahr ausgeübt oder er ist unmittelbares Familienmitglied eines Inhabers eines solchen wichtigen Amtes oder hat zu einer solchen Person ein Naheverhältnis. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ausübendes Amt: _____				

Inkassostelle (Bankverbindung)		
Name, Vorname, ggf. Geburtsname (Name der Bank)	Titel (BIC)	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort (IBAN)

Mitversicherte Person (V2)				
Name, Vorname, (ggf. Geburtsname)	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Titel	Geburtsdatum T T M M J J J J	Beruf
Straße/Haus-Nr.	Land	Postleitzahl	Ort	

<input type="checkbox"/> Risikoversicherung				
Tarif der Hauptversicherung	Versicherungsbeginn T T M M J J J J 0 1	Versicherungsdauer in Jahren	Hauptfälligkeit (eines jeden Jahres) T T M M 0 1	ärztliche Untersuchung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahlungsart (monatlich nur mit Bankeinzug) <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/4 <input type="checkbox"/> 1/12 <input type="checkbox"/> einmalige Zahlung		Zahlungsweise <input type="checkbox"/> Zahlschein <input type="checkbox"/> Bankeinzug		

Ausländerwohnsitzerklärung Nachweis der Ausländereigenschaft für die Versicherungssteuerbefreiung von Lebensversicherungsverträgen (§ 1 Abs. 2 Zi. 4 VersStG)				
<input checked="" type="checkbox"/> Ich erkläre hiermit, dass ich in Österreich weder einen Wohnsitz noch den gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne § 26 BAO habe. Sollte dieser Umstand nicht mehr zutreffen, werde ich Sie umgehend davon in Kenntnis setzen.				
Versicherungsleistung	V1	V2	Versicherungssumme	Beitrag je Zahlungsart (nach Gewinnbeteiligung)
Hauptversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Berufsunfähigkeits-zusatzversicherung (V1)	<input type="checkbox"/> Beitragsfreistellung <input type="checkbox"/> Beitragsfreistellung und mtl. Rente		Vers.-Dauer	Leistungsdauer

Bezugsberechtig				
Im Erlebensfall	Name	Geburtsdatum T T M M J J J J		
<input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer				
Im Ablebensfall (Sind keine Angaben gemacht gelten die gesetzlichen Erben als begünstigt)	Name	Geburtsdatum T T M M J J J J		
	Name	Geburtsdatum T T M M J J J J		
<input type="checkbox"/> Vinkulierung (Vormerkung) <input type="checkbox"/> Abtretung <input type="checkbox"/> Zession <input type="checkbox"/> Verpfändung zu Gunsten: (Gläubiger)				

*) Gewinnbeteiligung: Die Gesamtauszahlung beinhaltet die Gewinnbeteiligung. Da die in den künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorausgesehen werden können, beruhen Zahlenangaben über die Gewinnbeteiligung auf Schätzungen, denen die gegenwärtigen Verhältnisse zu Grunde gelegt sind. Solche Angaben sind daher unverbindlich.

Versicherungsbedingungen der Kapitalversicherung auf den Todesfall (Lebensversicherung) (ABK6); Versicherungsbedingungen für Erlebens- und Rentenversicherung (VBE); Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (SBU1); Besondere Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (ABB1); Versicherungsbedingungen der Fondsgebundenen Lebensversicherung (FLB); Versicherungsbedingung der Fondsgebundenen Lebensversicherung mit Garantieleistung (FLBG)

Allgemeine Fragen an die versicherte(n) Person(en) V1 und V2		V1	V2
Wir bitten Sie, jede Frage genau und vollständig zu beantworten. Falls der vorgesehene Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. Bitte auch ausfüllen, wenn eine ärztliche Untersuchung erfolgt.			
Name des Versicherungsnehmers:			
Name der versicherten Person(en):			
1. Sind Sie bereits lebensversichert? Wie hoch? Bei welcher Gesellschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Wurden Anträge abgelehnt oder nur zu erschwerten Bedingungen angenommen? Wann? Von welcher Gesellschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. Unterliegen Sie besonderen beruflichen oder sportlichen Gefahren? (z. B. Wettfahrten, Umgang mit Sprengstoff, radioaktiven Substanzen, Hochspannung, Pilot oder Fallschirmspringer) Welchen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
4. Besteht eine Minderung der Arbeitsfähigkeit? (Wieviel Prozent?)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
5. Beantragten, beziehen oder bezogen Sie eine Rente? (bitte Kopie des Rentenbescheides und der Unterlagen über die Art der Rente und der Erkrankung beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6. Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht?	cm kg	cm kg	
7. Wann haben Sie zuletzt einen Arzt beansprucht? Welchen?			
8. Wer ist Ihr Hausarzt (behandelnder Arzt)? Name und Anschrift			

Gesundheitsfragen an die versicherte(n) Person(en) V1 und V2		V1	V2
Nur ausfüllen, falls bei Er- und Ablebensversicherungen, Risikoversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen und bei Einschluss von Zusatzversicherungen der Vertrag ohne ärztliche Untersuchung beantragt wird; Krankheiten, Störungen und Beschwerden, die Sie hier nicht angeben wollen bzw. die vor Annahme des Antrages eintreten, müssen dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form angezeigt werden. Genaue Angaben zu den mit „ja“ beantworteten Fragen tragen Sie bitte unter Punkt 11 ein. Für Fondsgebundene Lebensversicherungen auszufüllen wenn bei laufender Zahlung die Mindesttodfallsomme 10 % und bei Einmalerlägen die Mindesttodfallsomme 100 % übersteigt.			
1. Haben oder hatten Sie Erkrankungen, Störungen oder Beschwerden:			
a) des Herzens, des Kreislaufes bzw. der Gefäße, z. B. Herzfehler, Herzschwäche, erhöhten Blutdruck, Durchblutungsstörungen, Atemnot bei Anstrengungen, Beklemmungen oder Schmerzen in der Herzgegend, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklopfen, Schlaganfall, Venenentzündung, Embolie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b) der Atmungsorgane, z. B. Lungenentzündung, Asthma, Tuberkulose, Rippen-(Brust-)fellentzündung, wiederholte oder längerdauernde Bronchitis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
c) der Verdauungsorgane, z. B. Magenkatarrh, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Magen- oder Darmblutungen, Dünn- oder Dickdarmerkrankungen, Leberleiden, Gelbsucht, Gallenblasenleiden, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
d) der Harn- oder Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündungen, Nierenkolik, Steinleiden, Nierenbecken- oder Harnblasenentzündung, Erkrankungen der Vorsteherdrüse, der Hoden oder Nebenhoden, erschwertes oder schmerzhaftes Harnlassen, blutigen Harn, Eiweiß im Harn?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
e) des Gehirns oder Rückenmarks, der Nerven oder haben oder hatten Sie Gemüts- oder Geistesstörungen, z. B. Epilepsie, Selbstmordversuche, Depressionen, Krämpfe, Lähmungen, Ohnmachten, Schwindel, häufige Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
f) der Augen, z. B. Herabsetzung der Sehschärfe? Dioptrienzahl V1: +/- V2: +/-	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
g) der Ohren, z. B. Schwerhörigkeit, Ohrenfluss?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
h) der Haut, der Knochen oder Gelenke, der Wirbelsäule, der Bandscheiben, z. B. Rheumatismus, Arthritis, Ischias?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
2. Haben oder hatten Sie			
a) Krebs oder andere Geschwulstkrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
b) Allergien, akute oder chronische Infektionskrankheiten, z. B. Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Erkrankungen des Immunsystems, Tropenkrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
c) andere Krankheiten, Störungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ist?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
d) bei Frauen außerdem: Erkrankungen der Brüste oder der Unterleibsorgane?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
3. a) Wie groß ist im Durchschnitt Ihr täglicher Alkoholkonsum?			
b) Wie groß ist im Durchschnitt Ihr täglicher Nikotinkonsum?			
c) Nehmen oder nahmen Sie häufig oder regelmäßig Medikamente, Drogen oder Betäubungsmittel?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. a) Haben Sie Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Sind Sie invalid?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Wurden Sie operiert oder ist eine Operation angeraten worden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Waren Sie sonst in Krankenhaus- oder Kurbehandlung bzw. in einem Rehabilitationszentrum?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Sind Ihnen Ergebnisse besonderer Untersuchungen bekannt? (EKG, Röntgen, Blutbild, Harnanalyse, HIV-Test)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Bei Männern: Sind Sie oder waren Sie wehrdienstuntauglich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Sind bei Eltern oder Geschwistern Tuberkulose, Krebs, Herz- oder Gefäßkrankungen, Zuckerkrankheit, Geistes- oder Nervenkrankheiten, Epilepsie oder Selbstmord vorgekommen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. Erläutern Sie bitte die mit „ja“ beantworteten Fragen detailliert. (Gegebenfalls verwenden Sie bitte ein zusätzliches Blatt.)			
V1 zu Frage	V2 zu Frage	Art der Krankheit, Störung oder Beschwerden, Operation, Verletzung Wann? Wie oft? Folgen? Geheilt?	Behandlungsdauer von/bis
			Krankenhaus bzw. behandelnder Arzt

Unterschrift Versicherungsnehmer	Unterschrift versicherte Person(en)
----------------------------------	-------------------------------------

Einwilligungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass die Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G. im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Ferner willige ich ein, dass die genannten Daten im Rahmen des „Zentralen Informationssystems - ZIS“ des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationssystem iSd § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000) an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Darüber hinaus willige ich ein, dass diese Daten an den/die Antragsvermittler zur Antragsprüfung, Vertragsverwaltung und Leistungsbearbeitung übermittelt werden. Dies umfasst auch die Übermittlung von Gesundheitsdaten. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrags sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-) Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen Sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich in zumutbarer Weise von dem Inhalt der Hinweise zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir zusammen mit den Antragsunterlagen überlassen wird.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Risikobeurteilung bei Vertragsschluss

Die Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G. überprüfen vor Vertragsabschluss Ihre Angaben über Ihren Gesundheitszustand, soweit dies zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und Ihre Angaben dazu Anlass bieten.

Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Sie können Ihre jetzt getroffene Entscheidung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen:

- Zum Zweck der Risikobeurteilung befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden soweit ich dort untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Versicherungsantrag gestellt habe, von ihrer Schweigepflicht. Ergeben sich nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G. wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können. (Nur sofern entsprechende Übermittlungen vorkommen: Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risikoprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinischen Gutachter übermittelt werden.)

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht in geschriebener Form entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrages zumindest verzögern, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt.

Prüfung der Leistungspflicht

Zur Bewertung der Leistungspflicht kann es erforderlich sein, dass die Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G. zur Beurteilung der Leistungspflicht die Angaben prüfen, die Sie zur Begründung von Ansprüchen machen oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen) oder Mitteilungen beispielsweise eines Krankenhauses oder Arztes ergeben. Diese Überprüfung unter Einbeziehung von Gesundheitsdaten erfolgt nur, soweit hierzu ein Anlass besteht (z.B. bei Fragen zur Diagnose oder dem Behandlungsverlauf).

Bitte entscheiden Sie sich in diesem Zusammenhang durch Ankreuzen für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten.

Sie können Ihre jetzt getroffene Entscheidung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

- Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Pflegepersonen, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht. (Die Angehörigen des Versicherers selbst entbinde ich von Ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Leistungsprüfung an ihn beratende externe Ärzte bzw. medizinischen Gutachter übermittelt werden.) Die Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G. wird Sie vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichten und darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

- Die vorstehende Erklärung möchte ich nicht abgeben. Ich wünsche, dass mich der Versicherer - falls erforderlich - in jedem Leistungsfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich die genannten Personen oder Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht in geschriebener Form entbinde. Die Entscheidung für diese Alternative kann zu einer Verzögerung der Leistungsprüfung, Leistungskürzung oder gar zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen die Leistungsfreiheit nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften - SEPA-Lastschrift-Mandat (sofern auf dem Antrag das Feld „Bankeinzug“ angekreuzt ist): Ich/Wir ermächtige(n) die Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G. (Creditor-ID: AT68ZZZ00000002980), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir unser Kreditinstitut an, die von der Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G. auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zustimmung zur Verwendung für Werbezwecke: Der Antragsteller stimmt im Sinne des Datenschutzgesetzes und des Telekommunikationsgesetzes ausdrücklich zu, dass der Versicherer seine Daten zu Werbezwecken verwenden und ihm Produkte telefonisch, per Fax, Briefpost oder Email angeboten werden. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Mit dem Inhalt bin ich ausdrücklich einverstanden:

- ja nein

Schlusserklärung

Vorvertragliche Anzeigepflicht: Der Antragsteller ist gemäß § 19 VersVG verpflichtet, alle gefahrenerheblichen Umstände bekannt zu geben, andernfalls kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ablehnen. Insbesondere sind die Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Für die Richtigkeit ist der Antragsteller allein verantwortlich, auch wenn er den Antrag nicht selbst ausgefüllt hat. Treten zwischen Antragstellung und Zustellung der Polize Änderungen in den gefahrenerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen.

Als Verbrauchergesetz für Versicherungsabschlüsse in Deutschland gilt das deutsche Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in seiner jeweils aktuellen Fassung. Insoweit das deutsche VVG mit österreichischem Recht konkurriert geht das deutsche VVG vor.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich folgende Unterlagen vor Unterzeichnung des Antrages auf Abschluss einer Lebensversicherung erhalten habe:

- Hinweise zur Datenverarbeitung
- Steuerinformationsblatt
- Allgemeine Informationen
- Produktinformationsblatt für Risikoversicherung
- Versicherungsbedingungen für temporäre Ablebensversicherungen
- Besondere Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Ich habe die Unterlagen auf folgendem Weg erhalten:

- E-Mail
- CD
- Ausdruck
- Postversand

Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Hinweise zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Bei den nachfolgend angeführten Gesetzen handelt es sich um deutsche Gesetze.

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekanntgegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der Daten verarbeitenden Stelle erforderlich ist und schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessensabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung aufgenommen worden. Die Einwilligung zur Datenübermittlung gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebensversicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag und versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag, Abrechnung mit Vermittlern, sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Sachverständigen oder eines Arztes. Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und Risikos und des Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen bei einigen Fachverbänden zentrale Hinweissysteme. Solche Hinweissysteme gibt es beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. sowie beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit der jeweiligen Datei verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Lebensversicherer - Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge; Zweck: Risikoprüfung.

Steuerinformationsblatt (Stand Jänner 2008)

Diese Hinweise beziehen sich auf deutsches Recht.

Diese Hinweise gelten für Versicherungsnehmer, die in der Bundesrepublik Deutschland steuerpflichtig sind. Die Verweise und Bezüge auf Gesetzestexte und Freibeträge etc. beziehen sich auf deutsche Gesetzbücher. Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Einkommenssteuer

Beitragszahlung:

Beiträge zu aufgeschobenen **Rentenversicherungen** und zu **Kapital-Lebensversicherungen** können nicht als Vorsorgeaufwendungen nach § 10 EStG steuerlich geltend gemacht werden. Beiträge zu **Risikoversicherungen** können nach § 10 EStG bei der Veranlagung zur Einkommenssteuer im Rahmen der Höchstbeträge als Sonderausgaben abgezogen werden.

Leistungen im Todesfall:

Einmalige Kapitalleistungen im Todesfall sind gemäß § 20 EStG einkommensteuerfrei.

Leistungen im Erlebensfall:

Einmalige Kapitalauszahlungen im Erlebensfall:

Die Erträge auf Beiträge zu aufgeschobenen Rentenversicherungen und zu Kapital-Lebensversicherungen sind zur Hälfte mit dem individuellen Steuersatz zu versteuern, wenn sie

- nach Vollendung des 60. Lebensjahres des Steuerpflichtigen und
- nach Ablauf von 12 Jahren nach Vertragsabschluss ausgezahlt werden.

In allen anderen Fällen sind sie bei einmaligen Auszahlungen in vollem Umfang mit dem individuellen Steuersatz zu versteuern. Als steuerpflichtiger Ertrag wird der Unterschiedsbetrag zwischen Versicherungsleistung und der Summe der insgesamt gezahlten Versicherungsbeiträge erfasst. Beitragsbestandteile, die neben dem Todesfallrisiko zusätzlich andere Risiken abdecken (z.B. Berufsunfähigkeit, Unfall), werden nicht in die Berechnung miteinbezogen.

Steuerpflichtiger ist in der Regel der Versicherungsnehmer bzw. dessen Rechtsnachfolger. Ist ein Bezugsrecht unwiderruflich eingeräumt, gilt der Bezugsberechtigte als Steuerpflichtiger; bei widerruflicher Einräumung erst bei Eintritt des Erlebensfalls. Im Falle der Abtretung von Ansprüchen auf die Versicherungsleistung bleibt der Abtretende steuerpflichtig, wenn er weiterhin die Erträge erzielt.

Von dem zu versteuernden Ertrag müssen wir vorab eine 25%ige Kapitalertragsteuer als Vorauszahlung ohne Abgeltungscharakter und den darauf entfallenden Solidaritätszuschlag einbehalten. Vom Steuerpflichtigen in Ansatz gebracht werden können hier die Sparerfreibeträge von 750 Euro für Alleinstehende bzw. 1.500 Euro für zusammen veranlagte Ehegatten. Hinzu kommen noch die Werbungskostenpauschbeträge von 51 Euro bzw. 102 Euro.

Lebenslange Rentenzahlungen:

Bis zum Tod währende Rentenleistungen aus Rentenversicherungen (Leibrenten) unterliegen mit dem so genannten Ertragsanteil nach § 22 Nr. 1 S. 3a) bb) EStG der Besteuerung.

Abgekürzte bzw. verlängerte Rentenzahlungsdauer:

Die Erträge aus Leibrenten mit einer vertraglich vereinbarten Höchstlaufzeit (abgekürzte Leibrenten) und wiederkehrende Bezüge, die nicht auf die Lebenszeit, sondern auf eine fest gelegte Dauer zu entrichten sind (Zeitrenten) sind - entsprechend der Kapitalertragsbesteuerung einmaliger Kapitalauszahlungen im Erlebensfall - zur Hälfte mit dem individuellen Steuersatz zu versteuern, wenn sie nach Vollendung des 60. Lebensjahres und nach Ablauf von 12 Jahren nach Vertragsschluss ausgezahlt werden. In allen anderen Fällen sind die Erträge in vollem Umfang mit dem individuellen Steuersatz zu versteuern. Dies gilt auch für Leibrenten mit einer vertraglich vereinbarten Mindestlaufzeit, wenn die Rentengarantiezeit über die nach der aktuellen Sterbetafel zu ermittelnden Lebenserwartung der versicherten Person hinausgeht.

Zusatzversicherungen zu Rentenversicherungen

(Erwerbs- oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen, Hinterbliebenenrenten - Zusatzversicherungen, Pflegerenten- Zusatzversicherungen, Unfalltod-Zusatzversicherungen)

Beiträge, die auf Zusatzversicherungen zu Rentenversicherungen entfallen, können nicht als Vorsorgeaufwendungen nach § 10 EStG steuerlich geltend gemacht werden.

Renten aus Erwerbs- oder Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil nach § 55 Abs. 2 EStDV zu versteuern.

Renten aus Hinterbliebenenrenten - Zusatzversicherungen sind als lebenslange Leibrenten mit dem Ertragsanteil nach § 22 Nr. 1 S. 3a) bb) EStG zu versteuern.

Renten aus Pflegerenten-Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Einmalige Kapitalleistungen aus Unfalltod-Zusatzversicherungen sind einkommensteuerfrei.

Erbschaft- / Schenkungsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus Rentenversicherungsverträgen unterliegen der Erbschaft- / Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. aufgrund eines Bezugsrechtes oder als Teil des Nachlasses) von einem Dritten erworben werden.

Zu versteuern sind Versicherungsleistungen, wenn sie zusammen mit dem übrigen Erbe die persönlichen Freibeträge des § 16 ErbStG übersteigen: 307.000 Euro für Ehegatten und 205.000 Euro für Kinder (Steuerklasse I), für weiter entfernte Verwandte gelten geringere Freibeträge. Außerdem steht Ehegatten und Kindern noch ein so genannter Versorgungsfreibetrag zu, der bei Ehegatten bei 256.000 Euro und bei Kindern, nach Alter gestaffelt, zwischen 10.300 Euro und 52.000 Euro liegt.

Die Freibeträge gelten auch für Vermögensübertragungen zu Lebzeiten und werden alle zehn Jahre neu gewährt.

Versicherungsteuer

Beiträge zu Lebens- und Rentenversicherungen unterliegen nicht der Versicherungsteuer.

Meldepflichten für Versicherungsunternehmen

Gesetzliche Vorschriften machen es erforderlich bestimmte Vorgänge Finanzämtern anzuzeigen, u.a. bei

- Auszahlungen von Versicherungsleistungen an einen anderen als den Versicherungsnehmer (ab 1.200 Euro)
- Vorauszahlungen ab 25.565 Euro
- Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft (gleich aus welchem Grund)
- Auszahlungen von über Lebensversicherungen finanzierten Darlehen ab 25.565 Euro
- Abtretungen an ausländische Kreditinstitute

Wichtiger Hinweis

Die vorstehenden Angaben über steuerliche Aspekte entsprechen dem derzeitigen Stand der Steuergesetzgebung und Rechtsprechung und erfolgen mit aller Sorgfalt, aber ohne Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit. Für weitergehende Informationswünsche wenden Sie sich bitte an Ihr zuständiges Finanzamt oder Ihren Steuerberater.

Allgemeine Informationen

Informationen zum Versicherer

- Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers
Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G.
Bahnhofstraße 35
A 6900 Bregenz

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

- Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers
Die Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G. betreibt Sach-, Unfall- sowie Lebensversicherungsgeschäfte.
- Zuständige Aufsichtsbehörde
FMA - Finanzmarktaufsicht
Otto-Wagner-Platz 5
A 1090 Wien
Telefon: +43 (1) 24959-0
- Garantiefonds
Es besteht kein Garantiefonds.

Informationen zur angebotenen Leistung

- Versicherungsbedingungen, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung
Dem Vertrag liegen der Antrag sowie die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen zugrunde. Art, Höhe und Fälligkeit der Leistung entnehmen Sie bitte der Beitragsberechnung.
- Gesamtpreis der Versicherung
Den Gesamtpreis der Versicherung entnehmen Sie bitte der Beitragsberechnung.
- Zusätzlich anfallende Kosten, Gebühren und Steuern
Etwaige zusätzliche Kosten und Gebühren sind im Produktinformationsblatt unter Punkt 3 angeführt.
Informationen über anfallende Steuern entnehmen Sie bitte dem Punkt „Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen“
- Zahlung und Erfüllung
Einzelheiten über Zahlung und Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrages, sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen angeführt.
- Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen
- Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen und der Beitragsberechnung ist auf 6 Wochen beschränkt.

Informationen zum Vertrag

- Zustandekommen des Vertrages
Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Nach der Übermittlung Ihres Antrages werden wir diesen prüfen und ggf. die Versicherungspolizze oder eine Annahmeerklärung zusenden. Mit deren Zugang bei Ihnen ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.
Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist und Sie den ersten oder einmaligen Beitrag gezahlt haben. Vor dem in der Polizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- Widerrufsrecht
Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen die Polizze, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen und diese Belehrung in Textform zugegangen sind.
Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
Der Widerruf ist zu richten an Vorarlberger Landes-Versicherung V.a.G., Bahnhofstraße 35, A 6900 Bregenz.
Widerrufsfolgen:
Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrages, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Wir erstatten Ihnen aber einen ggf. vorhandenen Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile.
Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen Ihren gesamten Beitrag.
- Laufzeit des Vertrages
Angaben zur Laufzeit und gegebenenfalls zur Mindestlaufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte der Beitragsberechnung.
- Beendigung des Vertrages
Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen entnehmen Sie bitte ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Falls Sie zu Ihrem Vertrag eine oder mehrere Zusatzversicherungen abschließen, finden Sie Angaben zur Beendigung der Zusatzversicherung(en) in den jeweiligen Besonderen Bedingungen.
- Anwendbares Recht
Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Weitere Informationen zur Lebensversicherung

- Kosten
Angaben zur Höhe der im Beitrag einkalkulierten Kosten entnehmen Sie Ihrem Produktinformationsblatt unter Punkt 3.
Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir außerdem die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten in Rechnung stellen.
- Überschussermittlung und Überschussbeteiligung
Informationen zur Überschussermittlung und -beteiligung entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt.
- Rückkaufswert, Umwandlung in eine beitragsfreie oder beitragsreduzierte Versicherung
Detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die garantierten Rückkaufswerte sowie die beitragsfreien Versicherungs-summe sind in der Modellrechnung angeführt.
Die vorzeitige Kündigung eines Lebensversicherungsvertrages ist im Allgemeinen mit Nachteilen verbunden. Speziell in den ersten Versicherungsjahren kann eine vorzeitige Beendigung des Vertrages unter anderem wegen der Deckung der Abschlusskosten für Sie zu einem Verlust werden.
Eine bestehende Lebensversicherung zu kündigen, um eine neue Versicherung bei einer anderen Gesellschaft abzuschließen, ist für Sie nachteilig und seitens der Versicherungswirtschaft nicht erwünscht.
- Steuerregelung
Allgemeine Angaben für die für Ihre Versicherungsart geltende Steuerregelung sind in dem Dokument „Steuerinformationsblatt“ enthalten.