Antrag auf Betriebsunterbrechungsversicherung

für Freiberufler und selbstständig Tätige in Deutschland nach den Vertragsunterlagen für die Einkommenssicherung – ABFTD 2017 / ABSD2008

Versicherer: Generali Versicherung AG, Landskrongasse 1-3, 1010 Wien (Österreich)

Vermittler-Nr.

Versicherungsnehmer

Name, Vorname bzw. Firma	Akad. Grad / Titel	O Firma O Herr O Frau
Straße, Haus-Nr.	Telefon	Fax
PLZ / Ort	E-Mail	Internet

Fragen zur Risikobeurteilung

Angaben über den zu versichernden Betrieb / die zu versichernde Person

Firma (Firmenwortlaut nach Firmenbuch), Rechtsform	**Versicherte Person** / Gewerbeinhaber (Name, Vorname)	Tarifgruppe: O 1
Risikoort Straße, Haus-Nr. (falls Abweichen vom Antragsteller)	Genaue Beschreibung der beruflichen Tätigkeit	O 2 O 3
PLZ / Ort	Branche	O 4 O 5

Anzahl Dienstnehmer (exkl. Lehrlinge): _____

Ist der Geschäftsbetrieb ganzjährig aufrecht: O ja O nein

Der Umsatz wird zu _____ % von der zu versichernden Person erbracht. Für jeden Teilhaber / Partner ist ein separater Antrag aufzunehmen!

Vor- und Nebenversicherungen, Vorschäden, erschwerte Annahmen und Ablehnungen

Vor- und Nebenversicherungen im Bereich Betriebs/- Praxisausfallversicherung und Betriebsunterbrechungsversicherung

Versicherungsart	Versicherer	Zeitraum	Kündigung durch

Vorschäden (Personen- und Sachschadenereignisse) in den letzten 3 Jahren im Bereich Betriebs/- Praxisausfallversicherung und Betriebsunterbrechungsversicherung

Schadensart	Eintrittsjahr	Erstattungshöhe

Bereich Betriebs/- Praxisausfallversicherung, Betriebsunterbrechungsversicherung und Krankentagegeldversicherung

Wurden Anträge zu den oben angeführten Versicherungsbereichen abgelehnt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? O ja O nein

Versicherungsart	Versicherer	Zeitpunkt	Begründung

Beantragt wird die Betriebsunterbrechungs-Versicherung für freiberuflich und selbstständig Tätige

gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (ABFTD 2017, ABSD 2008)

Versicherungsbeginn: _____(0 Uhr) Vertragsdauer: O 1 Jahr *

Karenz:					**Versicherungssumme in EUR** pro Tag	pro Jahr	**Jahresprämie in EUR** (inkl. 19% Vers.- Steuer)
O 21 Tage	O 28 Tage	O 42 Tage	O 84 Tage	O100 Tage			
O 21 Tage	O 28 Tage	O 42 Tage	O 84 Tage	O100 Tage			
O 21 Tage	O 28 Tage	O 42 Tage	O 84 Tage	O100 Tage			

Bei stationärem Krankenhausaufenthalt von mind. 48 Stunden bzw. bei Unfällen gilt die vereinbarte Karenzfrist um 7 Tage verkürzt.

Der Gesamtbetrag der oben angeführten Jahresprämie enthält folgende Zu- und Abschläge und besondere Vereinbarungen:

O **– 30 % Willkommensbonus (im 1. Versicherungsjahr)**
O – 30 % Schadenfreiheitsbonus (Bes.Bed. 151)
O + 10 % Erhöhungsoption bis Alter 45 (Bes. Bed. 150)
O + 20 % Einschluss psychischer oder psychosomatischer Erkrankung (Bes. Bed. 153)
O **– 5 % Ausschluss Sachgefahren (für Tarifgruppe 1)**
O Planmäßige Erhöhung - Dynamik (Bes.Bed. 154)
O + 20 % Kündigungsverzicht/ Prämienanpassung (Bes. Bed. 152)

* Bei Vereinbarung des Kündigungsverzichtes verzichtet der Versicherer – abweichend von Art. 15 ABFTD 2017 Pkt. 2. bzw. Art. 14 ABSD 2008 – auf sein Recht der Ablaufkündigung bei Verträgen mit einer Mindestlaufzeit von einem Jahr. Zudem verzichtet der Versicherer – abweichend von Art. 12 ABSD 2008 Pkt. 1. und Pkt. 2 – auf sein Kündigungsrecht nach Eintritt eines Unterbrechungsschadens. Folglich gilt die Prämienanpassung gem. Bes. Bed. 152 Pkt. 3 als vereinbart (Einzelheiten siehe Bes. Bed. 152).

Zahlung

Die Prämienzahlung erfolgt nur durch Lastschriftverfahren im Voraus halbjährlich bzw. jährlich!
Das Lastschriftverfahren wird mit der Unterschrift des SEPA-Lastschrift-Mandates (Seite 3) erteilt.

Zahlweise: O jährlich O halbjährlich

Wichtiger Hinweis vor Beantwortung der Gesundheitsfragen

Bestehende Erkrankungen können in den Versicherungsschutz einbezogen werden – allerdings nur, wenn sie im folgenden Fragebogen angegeben werden.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß. Dabei ist auch Ausgeheiltes anzugeben, auch wenn es als unwesentlich empfunden bzw. nicht als Krankheit betrachtet wurde, und zwar auch dann, wenn nur Diagnostik, Beratungen, Untersuchungen oder Tests durchgeführt bzw. nur Arzneimittel eingenommen wurden. Anzugeben sind auch aktuell angeratene oder geplante Behandlungen. Krankheiten, die zwischen Antragstellung und Zugang der Polizze auftreten, sind unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Bei schuldhaft unvollständigen oder unrichtigen Angaben kann der Versicherer unter den in §§ 19 ff VVG bestimmten Umständen eine Vertragsanpassung vornehmen, den Vertrag kündigen, vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls – trotz Prämienzahlung – die Leistung verweigern.

Unser Mitarbeiter darf über die Bedeutung von Anfragen oder des Gesundheitszustandes bzw. der Lebensumstände keine verbindlichen Erklärungen abgeben. Er ist nur zur Entgegennahme schriftlicher Antworten zu den gestellten Fragen berechtigt.

Gesundheitsfragen zur Betriebsunterbrechungsversicherung

Versicherte Person:	Name	Geb. Datum

1.	Größe _____ Gewicht _____		
2.	Hat in den letzten 10 Jahren ein Krankenhaus-, Heilstätten-, Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt stattgefunden?	O nein	O ja
3.	Wurde in den letzten 10 Jahren eine psychologische Behandlung/Therapie oder eine Suchtbehandlung durchgeführt?	O nein	O ja
4.	Haben in den letzten 5 Jahren Operationen (auch ambulant) stattgefunden?	O nein	O ja
5.	Bestanden in den letzten 3 Jahren oder bestehen gegenwärtig Krankheiten, Beschwerden, Unfallfolgen, sonstige Gesundheitsstörungen oder haben Untersuchungen/Behandlungen stattgefunden?	O nein	O ja
6.	Wurden in den letzten 6 Monaten Arzneimittel verordnet bzw. angewendet?	O nein	O ja
	Wenn ja, welche und aufgrund welcher Diagnose?		
7.	Ist eine ambulante/stationäre Behandlung oder Untersuchung angeraten oder beabsichtigt?	O nein	O ja
8.	Wurde jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z.B. durch einen AIDS-Test)?	O nein	O ja
9.	Besteht ein körperlicher/organischer Fehler, ein chronisches Leiden, eine Invalidität oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (Behinderungsgrad), ein Anspruch auf Pflegegeld oder Rente?	O nein	O ja
10.	Werden besonders unfallträchtige Sportarten ausgeübt? Extremsportarten sind zum Beispiel Drachen-, Gleitschirm-, Wingsuitfliegen, Auto- oder Motorradrennen, Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad 4, Wildwasserfahrten über WW3, Kampfsportarten o. Ä.	O nein	O ja
11.	Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, im _____ Monat?	O nein	O ja

Nähere Angaben zu den Gesundheitsfragen

Frage Nr.	Art der Krankheit, Verletzung Beschwerden usw.	behandelt		Name, Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser usw.	Ausgeheilt und beschwerdefrei?		Falls ja, seit wann?
		von	bis		Ja	nein	

Ihr bevorzugter Arzt/Hausarzt

Name	Anschrift	Telefon/Fax

Wichtiger Hinweis vor Unterfertigung der Gesundheitsfragen!

Ich habe diesen Antrag einschließlich aller nachstehenden Erklärungen und Erläuterungen, Hinweise, Fragen und Antworten vor Unterzeichnung durchgelesen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der eingetragenen Antworten und erkenne die nachstehenden Erklärungen und Erläuterungen als Inhalt des Vertrages an.

Ich habe alle relevanten Vertragsbestimmungen,

- das Produktinformationsblatt gemäß § 4 VVG-InfoV,
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
- die Informationen des Versicherers gemäß § 1 VVG-InfoV,
- das Informationsblatt zur Datenverarbeitung,
- die Mitteilungen des Versicherers gemäß § 19 Abs 5 VVG und § 28 Abs 4 VVG,
- die Information über das Rücktrittsrecht gemäß § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG

erhalten und davon Kenntnis genommen.

Die Inhalte dieser Dokumente werden mit meiner Unterschrift wichtige Vertragsbestandteile.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen erklären, dass die Gesundheitsfragen richtig, wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurden.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter X

SEPA-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger: Generali Versicherung AG, Landskrongasse 1–3, A-1010 Wien, Gläubiger-ID: AT44ZZZ00000002054
Erklärung des Kontoinhabers: Ich ermächtige den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN	BIC	Name des Kreditinstitutes

Kontoinhaber : ○ Antragsteller oder : ○ folgende Person:

Das Lastschriftverfahren wird mit der Unterschrift des SEPA-Lastschrift-Mandates erteilt.

Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ und Ort	Unterschrift Kontoinhaber X

Erklärung des Antragstellers

Ich erkläre ausdrücklich, dass die Versicherungssumme den tatsächlichen Unterbrechungsschaden (entgangener Betriebsgewinn und fortlaufende Betriebskosten) nicht übersteigt. Ich verpflichte mich, eine Änderung der auf dem Antrag angegebenen Umstände bekannt zu geben.

Ich nehme zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass der Versicherungsvertrag ohne Rücksicht auf die vereinbarte Laufzeit und eine Leistungspflicht jedenfalls auch dann immer erlischt, wenn nur einer der nachfolgenden Punkte erfüllt ist:

- Beendigung der Erwerbstätigkeit, Tod der versicherten Person, Schließung des Betriebes bzw. sonstiger Wegfall des versicherten Interesses, Betriebsverlegung außerhalb Deutschlands
- Eintritt einer dauernden Erwerbs- bzw. Eintritt der Berufsunfähigkeit
- Anspruchsbeginn auf eine gesetzliche Regelaltersrente
- Anspruchsbeginn einer Rente wegen Alters gem. §§ 35–42 SGB VI bzw. Rente auf Zeit gem. § 102 Abs. 2 SGB VI
- Bezug von Leistungen für die Dauer von 730 Tagen innerhalb von 36 Monaten
- Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet

Ich nehme hinsichtlich der Anmeldung von Ansprüchen zur Kenntnis und bin damit einverstanden, dass eine die völlige Arbeitsunfähigkeit bedingende Krankheit bei der zuständigen Direktion unverzüglich schriftlich zu melden ist.

Ausschluss des Versicherungsschutzes bei Pandemie und Epidemie sowie bestimmten behördlichen Maßnahmen/Verfügungen

In Abänderung zu den ABFTD 2017 sind vollständige oder teilweise Betriebsunterbrechungen in Zusammenhang mit einer Pandemie oder Epidemie und allen daraus direkt ableitbaren Folgeerkrankungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Weiters besteht kein Versicherungsschutz bei vollständigen oder teilweisen Betriebsunterbrechungen aufgrund von Maßnahmen oder Verfügungen einer Gesundheitsbehörde oder ihr gleichgestellter Organe, die in Zusammenhang mit einer Pandemie oder Epidemie ergehen und die mehrere Betriebe erfassen.

Erläuterungen und Erklärungen

Anwendbares Recht
Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Verpflichtung bis zur Annahme des Antrags
Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen) und alle Veränderungen im Gesundheitszustand, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, dem Versicherer unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Das Gleiche gilt bei einer zwischenzeitlich festgestellten Schwangerschaft. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflicht den Vertrag anfechten oder kündigen, vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

Zustandekommen des Vertrages/Beginn
Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn der Versicherer mir schriftlich die Annahme des Antrags erklärt bzw. die Polizze aushändigt. Versicherungsbeginn ist der Termin, ab dem Prämien zu zahlen sind. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn, jedoch nicht vor dem Zustandekommen des Vertrages (keine vorläufige Deckung!).

Nebenabreden
Besondere Vereinbarungen gelten nur dann, wenn sie in der Polizze dokumentiert sind.

Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Die Regelungen des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes, des deutschen Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer in Deutschland gültiger Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen.Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Generali Versicherung AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).Darüber hinaus benötigt die Generali Versicherung AG Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Die Generali Versicherung AG benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder sonstige nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. medizinische Gutachter, Rückversicherungen etc. weiterzuleiten.

Es steht Ihnen frei, die folgenden Einwilligungen/Schweigepflichtentbindungen nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Hierzu wenden Sie sich bitte an unsere Kontaktadressen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Der Widerruf ändert nichts an der Rechtmäßigkeit von Datenweitergaben, die bereits vor Zugang Ihres Widerrufs durchgeführt wurden.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Generali Versicherung AG

☐ Ich willige ein, dass die Generali Versicherung AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfungder Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Generali Versicherung AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z.B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z.B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Generali Versicherung AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für die Generali Versicherung AG sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

☐ Ich willige ein, dass die Generali Versicherung AG – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Pflegepersonen sowie Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für die Zwecke verwendet. Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Generali Versicherung AG übermittelt werden. Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Generali Versicherung AG an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Generali Versicherung AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Generali Versicherung AG

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung
Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Generali Versicherung AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden.

☐ Ich willige ein, dass die Generali Versicherung AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder im Rahmen der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Generali Versicherung AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Generali Versicherung AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Datenweitergabe an Rückversicherungen
Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Generali Versicherung AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Generali Versicherung AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Generali Versicherung AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Generali Versicherung AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

☐ Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Generali Versicherung AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an selbständige Vermittler
Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden. Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Antrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

☐ Ich willige ein, dass die Generali Versicherung AG meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Generali Versicherung AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Generali Versicherung AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Generali Versicherung bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

☐ Ich willige ein, dass die Generali Versicherung AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen erklären, dass der Antrag richtig, wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt wurde.

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller bzw. gesetzlicher Vertreter X

Antragstellung

Der Vermittler bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er die oben angeführten Unterlagen dem Antragsteller übergeben hat und dieser ausreichend Zeit hatte, die Informationen zur Kenntnis zu nehmen. Er bestätigt weiters, dass der Antragsteller die in diesem Antrag gestellten Fragen selbst beantwortet und den Antrag eigenhändig unterzeichnet hat sowie dass darüber hinaus keine mündlichen Nebenabreden getroffen oder Zusagen erteilt wurden

Ort, Datum	Unterschrift Vermittler X
	Name und Adresse Vermittler/Stempel

Aufsicht und Beschwerdestellen:

Zuständige Aufsichtsbehörde in der Bundesrepublik Deutschland:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Marie-Curie-Str. 24-28, 60439 Frankfurt
Zuständige Aufsichtsbehörde in der Republik Österreich: Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien, Österreich

Etwaige Beschwerden können Sie über die auf www.generali.at/service/lob-und-beschwerde genannten Kontaktmöglichkeiten direkt an die Generali Versicherung AG richten. Sie haben auch das Recht, den Rechtsweg zu beschreiten.