

Antrag für **Ärzte-Bündel-Versicherung**
Freie Berufe-Versicherung
BUFT-Versicherung
gültig ab 1. März 2011

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

Stammdaten Kundenkontakt ja nein

ADMA-Nr.	Name	ADMA-Nr.	Name	ADMA-Nr.	Name
----------	------	----------	------	----------	------

Antragsteller (Prämienzahler)	P I	Kunden-Nummer	Antragsteller, Familienname			Vorname	
	Titel		Geburtsdatum <small>Tag Monat Jahr</small>		Geschlecht <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.		Fam. Stand
	Sozialversicherung		beschäftigt bei				Beruf (Art der Beschäftigung)
Zustell- adresse	IKZ	Postleitzahl	Wohnanschrift, Ort			Telefon-Nr.	
	Straße			E-Mail			
Haus-, Ort-Nummer							

Risikoadresse:

Zu versichernde Person (Familienname, Vorname, Titel) Kunden-Nr.	Verwandsch. Verhältnis	Geburtsdatum <small>Tag Monat Jahr</small>	Beruf - Art der Beschäftigung	Sozial- vers.	m. w.
---	---------------------------	---	-------------------------------	------------------	----------

Erklärung zum Gesundheitszustand (Betriebsunterbrechungsversicherung)

Die Kenntnis des Gesundheitszustandes ist für die Gestaltung des Versicherungsschutzes von entscheidender Bedeutung. Wir ersuchen daher, die nachstehenden Fragen für alle zu versichernden Personen genau und vollständig zu beantworten. Bedenken Sie, dass unwesentlich Scheinendes wichtig sein kann. Bei Beantwortung mit „JA“ machen Sie bitte die jeweils zutreffenden Detailangaben – wie Bezeichnung der Person, Krankheiten, Diagnosen, Operationen, Ärzte, Krankenanstalten, Behandlungszeitraum, Eintritt der Beschwerdefreiheit, Medikamente, voraussichtlicher Entbindungstermin, Invaliditätsgrad, Dioptrienangaben – in den entsprechenden Feldern!

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

1. Bestehen behandelte oder unbehandelte Krankheiten, Verletzungen, Beschwerden, Gebrechen, sonstige Anomalien oder eine Beeinträchtigung der Sehfähigkeit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Körpergröße (cm) _____ Gewicht (kg) _____ Dioptrien links _____ Dioptrien rechts _____	
2. Sind Behandlungen (auch Operationen, Untersuchungen etc.) geplant?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Werden laufend Medikamente, Tabak, Alkohol, Drogen oder Suchtgifte genommen? <small>Welche und wieviel?</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? <small>Voraussichtlicher Geburtstermin lt. Mutter-Kind-Pass: Wieviele Geburten (Angabe von Risikogeburten, Fehlgeburten) gingen voraus?</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Fragen zum bisherigen Gesundheitszustand

5. Bestanden in den letzten 5 Jahren ambulant behandelte oder unbehandelte Krankheiten, Verletzungen, Beschwerden oder sonstige Anomalien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Hat in den letzten 10 Jahren ein stationärer Krankenhaus-, Sanatoriums-, Klinik-, Heilstätten- oder Kuraufenthalt, eine Operation, eine Tiefenbestrahlung (Röntgen, Radium, Isotopen etc.), eine Chemotherapie stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Haben Sie Verletzungen, Unfälle oder Vergiftungen erlitten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eine dauernde Invalidität? Wenn ja, _____% Beziehen Sie eine Rente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Bestanden jeweils 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, geistig/seelische Störungen, der Knochen/Gelenke/Muskeln und 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, ein HIV-positiver Befund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Welche Ärzte, Psychotherapeuten werden in Anspruch genommen (Name, Anschrift des Hausarztes):	
10. Liegt ein entsprechendes fachärztliches Attest bei?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

360/010/3 D/R: 0047465 Firmenbuch: FN 38045 z, LG Graz als Firmenbuchgericht: Stand 1. 3. 2011

Allgemeines			Ersetzt Polizza-Nr.			Polizza-Nr.			
Dauer der Versicherung	Jahre:	von 00 Uhr	Tag	Monat	Jahr	bis 24 Uhr	Tag	Monat	Jahr
Besteht bei der Merkur eine GV und /oder UV mit einer Jahresprämie von zumindest € 250,-? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Polizza-Nr.:									
Vorsteuerabzugsberechtigung						<input type="checkbox"/> teilweise zu%		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen <input type="checkbox"/> oder bestanden <input type="checkbox"/> bei anderen Versicherungsunternehmen bzw. bei der Merkur für die beantragten Risiken noch Versicherungen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
Versicherungszweig	Gesellschaft		Polizzen-Nr.		Ablauf-Datum	Versicherungssumme	Jahresprämie		
Haben sich zu den beantragten Versicherungen bereits Schäden ereignet? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
Versicherungszweig	Datum	Entschädigungsbetrag		entschädigt von	Schadenart				
Wurden beantragte Versicherungen von einem anderen Unternehmen abgelehnt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, gekündigt oder einvernehmlich gelöst? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
Versicherungszweig	Gesellschaft		Grund						
Besondere Vereinbarungen									

<input type="checkbox"/> Ärzte-BU-Versicherung					<input type="checkbox"/> Freie Berufe-Versicherung					<input type="checkbox"/> BUFT-Versicherung					
<input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> angestellt															
Erstabschluss bei der Merkur bis zum vollendeten 40. Lebensjahr <input type="checkbox"/> ja ab dem 41. Lebensjahr <input type="checkbox"/> ja															
Variante: <input type="checkbox"/> Deckungsbeitrag <input type="checkbox"/> Taxe <input type="checkbox"/> Umsatz -15% (nur Ärzte-BU!)					Staffel-Variante <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
Anzahl der im Betrieb beschäftigten Personen (zusätzlich zum Betriebsinhaber):															
Betriebsbezeichnung:										Karenzfrist (Tage): <input type="checkbox"/> 3 / <input type="checkbox"/> 7 / <input type="checkbox"/> 14 / <input type="checkbox"/> 21 / <input type="checkbox"/> 28					
Deckungsbeitrag		Jahressumme			Haftungszeit/Monate			Höchsthaftungssumme			Prämie				
<input type="checkbox"/> Startförderung bei Ordinationsneugründung Wann war die Ordinationsneugründung?										<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<input type="checkbox"/> Betriebsauflösung anlässlich dauernder Berufsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall bzw. Unfalltod der versicherten Person durch ein gedecktes Schadenereignis (nicht für Neuabschlüsse)										<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Ausschluss des <input type="checkbox"/> Feuerrisikos <input type="checkbox"/> Einbruchdiebstahl-, Sturm-, Leitungswasserschaden-Risikos <input type="checkbox"/> Unfallrisikos <input type="checkbox"/> Krankheitsrisikos (inkl. Quarantäne)															
<input type="checkbox"/> Mitversicherung der erhöhten Unfallgefahr (nicht für Neuabschlüsse) (Drachenfliegen, Paragleiten, Ballonfahren, Hängegleiten, Gleitschirmspringen)										<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
<input type="checkbox"/> Mitversicherung der Praxisschließung wegen Erkrankung oder Unfall des beschäftigten medizinischen Fachpersonals? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Anzahl des beschäftigten medizinischen Fachpersonals:															
Soll die Karenzfrist auch für stationäre Aufenthalte gelten?										<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Zuschläge: - Nachlässe										Gesamt (inkl. Versicherungs- und Feuerschutzsteuer) €					

<input type="checkbox"/> Ordinations-Versicherung										<input type="checkbox"/> Büro-Versicherung				
Variante Unterversicherungsverzicht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										Prämie				
Wenn ja: Ordinationsflächem ² / Büroflächem ² VS:														
Sind Sicherungen gemäß ED 001 vorhanden?										<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Haftungserweiterungen:														
Katastrophenbaustein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein														
Am Ordinations-/Büroinhalt ist/sind durch Überschwemmung/Erdbeben														
<input type="checkbox"/> kein Schadensfall <input type="checkbox"/> Schadensfälle (Angabe Anzahl/Schadensdatum) eingetreten:														
- Nachlässe										Gesamt (inkl. Versicherungs- und Feuerschutzsteuer) €				

Ärzte Haftpflichtversicherung Humanmedizin eigener Antrag																				
<input type="checkbox"/> Tierärzte-Haftpflicht-Versicherung										<input type="checkbox"/> Berufs-Haftpflicht-Versicherung f. med. Berufe					<input type="checkbox"/> Büro-Haftpflicht-Versicherung					
<input type="checkbox"/> Berufsart:										Pauschal-Vers.-Summe					Prämie					
<input type="checkbox"/> Tierarzt																				
Zusatz-Risiken	<input type="checkbox"/> Nichtärztliche Mitarbeiter und sonstige Personen Anzahl der Personen:																			
	<input type="checkbox"/> Mitversicherung der Umweltstörung (Umwelthaftung gemäß Art. 6 AHVB)																			
	<input type="checkbox"/> Mitversicherung der Umweltsanierungskostenversicherung																			
	<input type="checkbox"/> Erhöhung von „reinen Vermögensschäden“ um €																			
	<input type="checkbox"/> Mitversicherung von Mietsachschäden VS																			
										Gesamt (inkl. Versicherungssteuer) €										

<input type="checkbox"/> Rechtsschutz-Versicherung mit Wertanpassung		<input type="checkbox"/> Ärzte		<input type="checkbox"/> Freie Berufe	
<input type="checkbox"/> Versicherungssumme € 50.000,- (mit Wertanpassung)		<input type="checkbox"/> Versicherungssumme € 80.000,- (ohne Wertanpassung)		Prämie	
Wollen Sie auf die freie Anwaltswahl ausdrücklich verzichten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Ausschluss Privatbereich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
I. Als Dienstnehmer <input type="checkbox"/> mit / <input type="checkbox"/> ohne Verkehrsbereich					
II. Selbständiger bis 5 Mitarbeiter <input type="checkbox"/> mit / <input type="checkbox"/> ohne Verkehrsbereich AVRS-Streitwertgrenze S					
III. Berufs-RS für Unselbständige					
IV. Betriebs-RS für Selbständige Anzahl Personen:					
Welche zwei, ausschließlich eigenen Wohnzwecken dienenden Einfamilienhäuser/Wohnungen sollen versichert werden?					
<input type="checkbox"/> Risikoadresse 1:					
<input type="checkbox"/> Risikoadresse 2:					
– Nachlässe				Gesamt (inkl. Versicherungssteuer) €	

<input type="checkbox"/> Elektronik-Versicherung mit Neuwertklausel		<input type="checkbox"/> Elektronik-Pauschalversicherung mit Neuwertklausel			
<input type="checkbox"/> Eingeschränkte Elektronik-Versicherung		<input type="checkbox"/> Eingeschränkte Elektronik-Pauschalversicherung			
Der Selbstbehalt beträgt für alle Varianten 5 % (mind. € 75,-)					
Vereinbarung eines höheren Selbstbehalts von <input type="checkbox"/> 10 % (mind. € 150,-) <input type="checkbox"/> 20% (mind. € 200,-)					
Sind die Anlagen betriebsfertig und vorschriftsmäßig aufgestellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Mängel und nicht behobene Vorschäden?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden die Anlagen nur vom eigenen Personal bedient?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche?		
Sprinkleranlage im Geräte-Aufstellungsraum?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Besteht für alle zu versichernden Anlagen ein Fullservice-Vertrag?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ist der Versicherungsnehmer Eigentümer der Anlage?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Werden die Anlagen außerhalb des Betriebes transportiert?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausschluss des Feuer-Risikos gem. AFB <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Einschluss des Transportrisikos innerhalb Österreich, BRD, CH, I		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ausschluss des ED-Risikos gem. AEB <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Anlagenwert gesamt €		für Pos. (siehe unten)	
Ausschluss des LW-Risikos gem. AWB <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

Elektronik-Versicherung mit Neuwertklausel						
Pos.	Geräte gem. Art. 1.1.1. AEVB		Type/Nr.	Baujahr	VS Basis Neuwert	Prämie
Pos.	Anlagengruppe	Geräte gem. Art. 1.1.2. AEVB	Type/Nr.	Baujahr	VS Basis Neuwert	Prämie
– Nachlässe				Gesamt (inkl. Versicherungs- und Feuerschutzsteuer)		€

<input type="checkbox"/> Elektronik-Pauschalversicherung mit Neuwertklausel		Sollen Röntgen-, Ultraschall- und Endoskopiegeräte mitversichert gelten? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bei „Freien Berufen“ ohne Röntgengeräte)		Prämie	
Neuwert der gesamten techn. und kaufm. Betriebseinrichtung inkl. sämtlicher Installationen:					
<input type="checkbox"/> Praktischer Arzt, Kinderarzt		<input type="checkbox"/> Radiologe, Röntgenologe			
<input type="checkbox"/> Sonstiger Facharzt		<input type="checkbox"/> Freie Berufe/Bezeichnung:			
– Nachlässe				Gesamt (inkl. Versicherungs- und Feuerschutzsteuer) €	

<input type="checkbox"/> Informationsverlust- und Datenträger-Versicherung mit 5 % Selbstbehalt (mind. € 250,-)					
Vereinbarung eines höheren Selbstbehalts von <input type="checkbox"/> 10 % (mind. € 500,-) <input type="checkbox"/> 20 % (mind. € 1.000,-)					
Sind die Anlagen betriebsfertig und vorschriftsmäßig aufgestellt?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Werden die Anlagen nur vom eigenen Personal bedient?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erfolgt die Sicherung der Stamm- und Bewegungsdaten mindestens wöchentlich?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ist der Versicherungsnehmer Eigentümer der Datenträger und der darauf befindlichen Daten?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mängel und nicht behobene Vorschäden? Wenn ja, welche?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Werden die Datenträger und die darauf befindlichen Daten außerhalb des Betriebes transportiert?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausschluss des Feuer-Risikos gem. AFB <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Einschluss des Transportrisikos innerhalb Österreich, BRD, CH, I			
Ausschluss des ED-Risikos gem. AEB <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Soll die erweiterte Softwareversicherung eingeschlossen werden?			
Ausschluss des LW-Risikos gem. AWB <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Haftungserweiterungen:				Versicherungssumme	
				Prämie	
– Nachlässe				Gesamt (inkl. Versicherungs- und Feuerschutzsteuer) €	

Zahlungsweise: <input type="checkbox"/> 1/1- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/12-jährlich mit Einzugsermächtigung oder GK-Konto		Gesamtpremie aller versicherten Zweige (inkl. Steuern) €			
--	--	---	--	--	--

Zahlungsart: <input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (siehe Schlusserklärung) <input type="checkbox"/> Dauerauftrag <input type="checkbox"/> Erlagschein		BLZ:	Konto-Nr.	GK-Konto:
--	--	------	-----------	-----------

Die Schlusserklärung auf der letzten Seite des Antrages enthält wichtige rechtliche Bestimmungen. Ich wurde diesbezüglich, im Speziellen auch über die Laufzeitbonusregelungen umfassend aufgeklärt, habe die Schlusserklärung aufmerksam gelesen und bestätige mit meiner Unterschrift, dass diese Bestimmungen Vertragsbestandteil werden.

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler/in

Unterschrift aller mitzuversichernden erwachsenen Personen

Unterschrift Antragsteller/in (Vers.-Nehmer/in) ggf. als gesetzliche/r Vertreter/in

ACHTUNG: Auf etwaige bestehende Selbstbehalte in den einzelnen Versicherungszweigen wird hiermit verwiesen (siehe Polizze od. Besondere Vereinbarungen).

Schlussklärung für die Sachversicherung

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

In Anwendung des § 1 a VersVG ist der Antragsteller 6 Wochen an diesen Antrag gebunden. Abweichend davon wird eine Bindefrist von Wochen ausdrücklich vereinbart.

Der Versicherungsschutz entsteht erst mit Zugang der Polizze 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 zustandekommt.

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 (Außenendienstmitarbeiter) 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 Polizze 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 hierbei insbesondere die Gesundheitsfragen verbindliche Erklärungen für den Versicherer abzugeben.

Der Antragsteller und Versicherungsnehmer bestätigt, die im Antrag gestellten Fragen, insbesondere die Fragen nach den gefahrenerheblichen Umständen, 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 etwaigen Änderungen, die in der Zeit zwischen dem heutigen Tag und der Zustellung (Übernahme) der Polizze 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 von ihm zu übernehmende Gefahr 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 zur Beurteilung, ob und unter welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, nach Eintritt eines Versicherungsfalles zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse) und Versicherungsfalldaten vom Versicherer an andere die Schadenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Diesem Zweck dient auch das „Zentrale Informationssystem - ZIS“ des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationssystem i.S.d. § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000). Das Zentrale Informationssystem ZIS ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs und des 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. Darüber hinaus stimmt der Antragsteller zu, dass ihm Dokumente und Informationen aller Art auf elektronischem Weg oder per SMS rechtsgültig vom Versicherer übermittelt werden dürfen.

ja nein

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

Diese Zustimmungserklärungen können vom Antragsteller und den versicherten Personen gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.

Laufzeitbonus

Bei Verbraucherverträgen beinhaltet die im Antrag bzw. in der Polizze ausgewiesene Gesamtprämie ab einer Laufzeit von mehr als zwei Jahren einen 20%igen Laufzeitbonus. Dieser Laufzeitbonus wird jedoch nur unter der Voraussetzung gewährt, dass eine 10-jährige Vertragslaufzeit, für die die Prämie kalkuliert wurde, erfüllt wird.

Bei Nichtverbraucherverträgen beinhaltet die im Antrag bzw. in der Polizze ausgewiesene Gesamtprämie nur bei einer Laufzeit von 10 Jahren einen 20%igen Laufzeitbonus. Bei kürzeren Laufzeiten wird kein Laufzeitbonus gewährt.

Laufzeitbonus-Nachforderung:

Sollte der Vertrag, aus welchen Gründen auch immer, vor Ablauf der 10 Jahre aufgelöst werden, so entfällt die Grundlage für den Laufzeitbonus bzw. für die Weitergabe des kalkulatorischen Kostenvorteils und ist der Versicherungsnehmer zu einer Nachzahlung verpflichtet.

Bemessungsgrundlage für die Nachforderung ist die letzte gültige Prämie, wobei diese auf eine Jahresprämie hochzurechnen ist. Sollte zum Beispiel die letzte gültige Prämie eine Monatsprämie sein, so ist diese mit zwölf zu multiplizieren um zur Bemessungsgrundlage zu gelangen.

Die Laufzeitbonus-Nachforderung errechnet sich gemäß nachstehender Tabelle:

Vertragsauflösung	% der Bemessungsgrundlage
nach einem vollen Versicherungsjahr	70
nach 2 vollen Versicherungsjahren	70
nach 3 vollen Versicherungsjahren	70
nach 4 vollen Versicherungsjahren	60
nach 5 vollen Versicherungsjahren	50
nach 6 vollen Versicherungsjahren	40
nach 7 vollen Versicherungsjahren	30
nach 8 vollen Versicherungsjahren	20
nach 9 vollen Versicherungsjahren	10

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 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, gerichtet werden. Der Antragsteller und Versicherungsnehmer bestätigt, dass er eine Durchschrift seiner Vertragserklärung (Antragsformular) erhalten hat.

Vereinbart wird, dass die Haftungsübernahme aus jedem einzelnen Versicherungsweig als selbständiger Vertrag behandelt wird.

Rohbaudeckung (nur für Verbrauchergeschäfte im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes):

Wird der Versicherungsantrag vom Versicherer angenommen und befindet sich das versicherte Gebäude im Rohbau, so wird der Versicherungsvertrag um die Dauer der Rohbauzeit, aufgerundet auf volle Vertragsjahre, in seiner Laufzeit verlängert und wird die Prämie bei Fertigstellung des Objekts im Sinne der Rohbauklausel in der letztgültigen Fassung zur Zahlung fällig. Die Fälligkeit der Prämie tritt jedoch längstens mit Beginn des 3. Vertragsjahres ein. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag gemäß § 8 Abs 3 VersVG zum Ablauf des dritten Vertragsjahres auf, wird die Prämie für die gesamte abgelaufene Vertragslaufzeit unverzüglich zur Zahlung fällig.

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften:

Hiermit ermächtigt(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/unsere kotoführende 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 56 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 benutzten 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 Polizze 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 Polizze einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Gilt für Erdbeben und Überschwemmungsrisiko:

Zusätzlich zum prämienfreien Vorteil der Gebäude-Sturmschadenversicherung (sofern beantragt) und Haushaltversicherung (sofern beantragt) gelten Schäden am versicherten Gebäude (wenn die Gebäude-Sturmschadenversicherung beantragt wurde) bzw. am versicherten Wohnungsinhalt (wenn die Haushaltversicherung beantragt wurde) durch Erdbeben bis 25% der Merkur-Versicherungssumme und durch Überschwemmungen (aus fließenden und stehenden Gewässern, nicht jedoch das übermäßige Ansteigen des Grundwasserspiegels und der Rückstau von Niederschlagswasser) mit 50% der Merkur-Versicherungssumme des versicherten Gebäudes bzw. des versicherten Wohnungsinhaltes, maximiert mit EUR 375.000,- für deckungspflichtige Gebäude- und Wohnungsinhalte-Schäden zusammen pro Schadenereignis versichert.

Der Versicherungsschutz für den Katastrophenbaustein wird erst 14 Tage nach Vertragsbeginn wirksam. Übersteigen Leistungen inkl. allfälliger prämienfreier Leistungen, die von der Merkur Versicherung AG aus den versicherten Ereignissen Erdbeben und Überschwemmungen zu erbringen sind, den Betrag von EUR 7.500.000,- je Schadenereignis, werden die auf einzelne Anspruchsberechtigte entfallenden Entschädigungen gekürzt, dass diese zusammen nicht mehr als EUR 7.500.000,- betragen.

Zeitlich und räumlich getrennte Schäden bilden ein Ereignis, wenn sie auf die selbe atmosphärische oder tektonische Ursache zurückzuführen sind. Die prämienfreien Leistungen bei Vermurung und Lawinenschäden sind von obiger Regelung nicht betroffen.

Generaldirektion | A-8010 Graz, Joanneumring 22 | Tel. (+43) 0316/8034-0, Fax (+43) 0316/8034-2534 | E-mail: merkur@merkur.at | www.merkur.at | Servicetelefon: 0800/206080
Landesdirektionen: **1040 Wien**, Wiedner Hauptstraße 23 - 25, 01/5055744 | **3100 St. Pölten**, Peppertstraße 33, 02742/368642 | **4020 Linz**, Volksgartenstraße 17, 07302/664466
5020 Salzburg, Auerspergstraße 15, 0662/871434 | **6020 Innsbruck**, Leopoldstraße 17, 0512/59840 | **6850 Dornbirn**, Mozartstraße 3, 05572/24505

8010 Graz, Conrad v. Hötzingdorferstraße 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