



Anmeldung zum Beitritt zur Individuellen Sterbegeldversicherung der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten

(für Mitglieder mit Eintrittsalter bis einschließlich 75. Lebensjahr)

Bitte in Blockschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

Versicherer	Generali Versicherung AG 1010 Wien Landskronngasse 1-3		Mitgliedsnummer Ihrer Kammer oder des Sterbe- kassenfonds	
Versicherungsnehmer und Versicherte Person	Familienname, Vorname, akad. Grad _____			Kundennummer
	Straße/Hnr./Stiege/Top _____			Geschlecht q männlich q weiblich
	PLZ	Ort _____		Staatsbürgerschaft _____
	Geb.datum ____ . ____ . ____ Geburtsland _____			
Angaben zur Versicherung	Tarif CLASSIC Er- und Ablebensversicherung Gruppe (Tarif U-3G)		Versicherungsdauer Endalter 99	Prämienzahlungsdauer Endalter 85
	Versicherungsbeginn 01. ____ . 2015	Versicherungssumme im Er-/Ablebensfall EUR 12.000,--	Zahlungsart jährlich	Einmalige Zuzahlung (mind. EUR 1.000,--) EUR _____
Vertragsgrundlagen	Es gelten die Vertragsgrundlagen zur Lebensversicherung.			
Bezugsrecht	Im Erlebensfall: der Versicherungsnehmer Im Ablebensfall des Versicherten: _____ Geburtsdatum: ____ . ____ . ____			
Identifikation	Aufgrund gesetzlicher Bestimmungen ist die Vorlage eines Identifikationsnachweises erforderlich. Bitte legen Sie der Anmeldung eine Kopie Ihres Reisepasses oder Personalausweises bei.			
Frage zur Gesundheit				
Ich bin meines Wissens gesund, beschwerdefrei und hatte in den letzten 5 Jahren keine schwere Erkrankung. (wie z.B. Herz & Kreislauf, Lunge & Atemwege, Verdauungsorgane, Krebserkrankungen, Psychische Erkrankungen usw.)		q ja q nein: Warum? Wo behandelt? Wann? Welche Medikamente?		



Sonstige Hinweise und Erklärungen zur Anmeldung zum Beitritt:

Zustimmung zur Datenverwendung und -verarbeitung

Der Versicherungsnehmer bzw. die zu versichernde Person bestätigen den Erhalt der „Information zur Datenanwendung (gem. § 24 DSGVO)“ des Versicherers und stimmen zu, dass ihre Daten, so wie in diesem Informationsblatt dargestellt, verwendet werden. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich habe die Zustimmungserklärung verstanden und stimme dieser zu: q JA q NEIN

Zustimmung zur Verwendung personenbezogener Daten für Informationszwecke

Der Versicherungsnehmer stimmt im Sinne des Datenschutzgesetzes und des Telekommunikationsgesetzes zu, dass die Generali Versicherung AG, die Gesellschaften der Generali Gruppe sowie deren Kooperationspartner (siehe dazu „Information zur Datenanwendung (gem. § 24 DSGVO)“) die personenbezogenen Daten und die Vertragsdaten des Antragstellers (Name, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Produkt, Leistungsumfang, Vertragslaufzeit, nicht jedoch Gesundheitsdaten) für Zwecke der Zusendung von Informationen über bestehende und neue Produkte der Generali Gruppe als auch für Service- und Marketingzwecke verwenden und ihn zu diesen Zwecken per Telefon, Fax, E-Mail und Briefpost kontaktieren dürfen. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich habe die Zustimmungserklärung verstanden und stimme dieser zu: q JA q NEIN

Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten im Zuge des Vertragsabschlusses:

Der Versicherungsnehmer bzw. die zu versichernde Person stimmt zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf. Der Antragsteller und die zu versichernde Person entbinden diese Personen von ihrer beruflichen Verschwiegenheitspflicht. Gesundheitsdaten werden nur in dem in der "Information zur Datenanwendung (gem. § 24 DSGVO)" dargestellten Umfang erhoben und verwendet. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

Ich habe die Zustimmungserklärung verstanden und stimme dieser zu: q JA q NEIN

Erklärung zur Steuerpflicht

- Ich bin in den Vereinigten Staaten von Amerika **nicht** steuerpflichtig.
- Ich bin in den Vereinigten Staaten von Amerika steuerpflichtig TIN: _____ und verpflichte mich, der Versicherung Änderungen der Steuerpflicht unverzüglich mitzuteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass Zahlungen des Versicherers gemäß den geltenden Vertragsgrundlagen nur erfolgen, wenn der Empfänger über Aufforderung des Versicherers die darin genannten Auskünfte und Bestätigungen zu seiner Steuerpflicht abgibt.

Prämienzahlung: Abbuchung der Prämien durch Erteilung eines SEPA-Lastschrift-Mandats

Ich bestätige, dass ich aufrechtes Mitglied der Kammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten bzw. Mitglied des Sterbekassenfonds bin.

Der Vertragsabschluss erfolgt auf eigenen Namen und eigene Rechnung.

Blicktarif, Prämienwerte und Erläuterungen zum beantragten Tarif wurden von mir auf der Homepage der Bundeskammer der Architekten und Ingenieurkonsulenten eingesehen und zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Übermittlung der Tabelle für Rückkaufs- und prämienfreien Werte mit der Polizze erfolgt. Die Frist zur Ausübung eines Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag der Polizzenzustellung an den Versicherungsnehmer zu laufen.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer/Versicherte Person

Aufsicht und Beschwerdestelle: Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto Wagner-Platz 5, 1090 Wien



Kundenstammblatt SEPA-Lastschrift-Mandat

Zahlungsempfänger: Generali Versicherung AG
Landskronngasse 1-3,
1010 Wien

Gläubiger-Identifikationsnummer
(Creditor ID): AT44ZZZ00000002054

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Generali Versicherung AG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Generali Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen 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.

Name/Firma des Zahlungspflichtigen
(Kontoinhaber):

Nachname, Vorname, Titel (Firma)

Geburtsdatum:

TT.MM.JJJJ

Anschrift des Zahlungspflichtigen:

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

IBAN

BIC*

*(Nur für Auslandsüberweisungen erforderlich)

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten

Falls VVD Vertrag zusätzlich:

Auf Basis der oberen angegebenen Daten und Erklärungen bin ich damit einverstanden, dass das SEPA Mandat auch für den von der Generali Versicherung AG zum Inkasso bevollmächtigten Partner Volkswagen Versicherungsdienst GmbH gilt.

Zahlungsempfänger: Volkswagen Versicherungsdienst GmbH
Trattnerhof 1, Postfach 1000,
A - 1011 Wien

Gläubiger-Identifikationsnummer
(Creditor ID): AT04ZZZ00000002386

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten

