



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: JA 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: JA 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: JA NEIN

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/V ersicherte Person

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



Generali Versicherung AG

Versicherer: Generali Versicherung AG
Landskron­gasse 1-3
A-1010 Wien

Aufsichts­be­hörde: Finanz­markt­auf­sicht
Otto-Wagner-Platz 5
A-1090 Wien

Kundenstam­m­blatt SEPA-Last­schrift-Mandat

Zahlung­em­pfän­ger: Generali Ver­si­che­rung AG
Landskron­gasse 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 Last­scrip­ten 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.

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

Gläubiger-Iden­ti­fi­ka­tions­num­mer
(Creditor ID): AT04ZZZ00000002386

Ort, Datum

Unterschrift(en) des/der Kontozeichnungsberechtigten

