Österreichische
Beamtenversicherung,
Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

ÖBV
Meine Versicherung

Antrag auf eine Lebensversicherung

Sofortschutzurkunde

Ihr Versicherungsvertrag ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die für den Todesfall beantragten Summen, höchstens auf EUR 100.000,--, auch wenn insgesamt höhere Summen auf das Leben desselben Versicherten beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,
- wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
- nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht,
- die Gesundheitsfragen am Antrag wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden und
- soweit die Versicherungsbedingungen keine Einschränkungen oder Ausschlüsse (§ 3) vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der vorläufige Sofortschutz endet mit
- Zustellung des Mitgliedsscheines oder der Ablehnung Ihres Antrages oder
- unserer Erklärung, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist oder
- Ihrem Rücktritt vom Antrag, sofern dieser vor Zustellung des Mitgliedsscheines erfolgt,

in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir den auf diese Leistung entfallenden ersten Jahresbeitrag bzw. einmaligen Beitrag.

Soweit in diesem Antrag personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie Frauen und Männer gleichermaßen.

Anfragen und Zuschriften an:
ÖBV, 1016 Wien, Grillparzerstr. 11
Tel: 059808-0, Fax: 059808-1901
service@oebv.com, http://www.oebv.com

Offenlegung nach § 14 UGB:
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
mit Sitz in Wien, Grillparzerstr. 11
Reg. beim Handelsgericht Wien unter
FN 86811p

Antrag auf eine Lebensversicherung	Eingelangt-Stempel/ÖBV-Büro	Eingelangt-Stempel/ÖBV-Zentrale	Vermittler 1 (**Bestand/Wertung**)	Vermittler 2

A Antragsteller (Versicherungsnehmer) ☐ zu versichernde Person

Die Antragstellung erfolgt auf ☐ eigene Rechnung ☐ fremde Rechnung (bitte Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises des Treugebers beilegen)
Der Treuhänder erklärt, dass er sich persönlich oder durch verlässliche Gewährspersonen von der Identität des Treugebers überzeugt hat.
Sollte sich während der Geschäftsbeziehung eine Änderung ergeben, ist dies unverzüglich bekannt zu geben.

Nachname	Vorname	Akad. Grad/Diensttitel	Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht
					☐ männlich ☐ weiblich

Staaten-Kennzeichen	PLZ	Ort	Straße	Hausnummer/Stiege/Stock/Tür

Arbeitgeber	derzeitige berufliche Tätigkeit und etwaige Nebenbeschäftigung	Tel.-Nr.	E-Mail-Adresse

☐ ÖBB ☐ Post ☐ Bund/Land ☐ Gemeinde ☐ Privat ☐ Beamter ☐ VB ☐ Pens. Gewerkschaft/Sektion:

Zu versichernde Personen

Person	Nachname, Vorname, Akad. Grad/Diensttitel	Geburtsdatum	Geschlecht	Nationalität	Verwandtschafts-verhältnis zu A	derzeitige berufliche Tätigkeit und etwaige Nebenbeschäftigung
B			☐ m ☐ w			
C			☐ m ☐ w			

☒ Bitte in Druckbuchstaben schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen

Beitragszahlung:

☐ SEPA-Lastschrift Mandat (siehe letzte Seite) ☐ Erlagschein

☐ ER- UND ABLEBENSVERSICHERUNG ☐ RENTENVERSICHERUNG ☐ ERLEBENSVERSICHERUNG

mit DYNAMIKKLAUSEL (Index II)* bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung und GEWINNBETEILIGUNG** (nähere Beschreibung in der Schlusserklärung) nach den dem Tarif entsprechenden Allgemeinen sowie den Besonderen Versicherungsbedingungen für Zusatzleistungen und Gewinnbeteiligung.

Beginn 01._____

Person	Tarif	Beitrags-zahlungsdauer/ Laufzeit in Jahren	ER- UND ABLEBENS-/ ERLEBENSVERSICHERUNG	RENTENVERSICHERUNG				Einzelbeitrag je Tarif inkl. Vers. Steuer
			Versicherungssumme	Garantierte monatliche Rente 3)	Ablösekapital	Rentenart 3)		
						☐ lebenslang ODER ☐ temporär ____ Jahre	Bonus-rente**	
	ZR-___ 1)			-		☐ mit Rückgewähr ODER ☐ garantiert ____ Jahre	☐	
	☐ UT 2)	wie Er- und Ablebens-versicherung 2)	wie Er- und Ablebens-versicherung 2)	-				
							Summe der Beiträge inkl. Versicherungssteuer	

Person	Tarif	Beitrags-zahlungsdauer/ Laufzeit in Jahren	ER- UND ABLEBENS-/ ERLEBENSVERSICHERUNG	RENTENVERSICHERUNG				Einzelbeitrag je Tarif inkl. Vers. Steuer
			Versicherungssumme	Garantierte monatliche Rente 3)	Ablösekapital	Rentenart 3)		
						☐ lebenslang ODER ☐ temporär ____ Jahre	Bonus-rente**	
	ZR-___ 1)			-		☐ mit Rückgewähr ODER ☐ garantiert ____ Jahre	☐	
	☐ UT 2)	wie Er- und Ablebens-versicherung 2)	wie Er- und Ablebens-versicherung 2)	-				
							Summe der Beiträge inkl. Versicherungssteuer	

1) Risikozusatzversicherung; 2) Unfalltodzusatzversicherung höchstens bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 75. Lebensjahr vollendet ist; 3) Falls keine Angaben über die Höhe und Art der Rente gemacht werden, wird der Vertrag mit Rentenart lebenslange Bonusrente** mit Rückgewähr des nicht verbrauchten Kapitals im Ablebensfall ausgestellt.

Alle Beträge sind in EUR

Bezugsrecht (Beim Abschluss mehrerer Versicherungen genaue Angaben für welchen Vertrag):

im Erlebensfall: „der Versicherungsnehmer"
im Ablebensfall: namentlich genannte Personen: _____
(Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

Wenn kein namentliches Bezugsrecht angeführt ist, gilt als bezugsberechtigt: "der Überbringer"
(Ausnahme: Wenn die Versicherung auf das Leben einer anderen Person genommen wird: "der Versicherungsnehmer".
Bitte berücksichtigen: Bei einem Bezugsrecht auf "Überbringer" entstehen bei Verlust des Mitgliedsscheines unter Umständen beachtliche Kosten durch eine gerichtliche Kraftloserklärung.

Original für ÖBV
01.2019, L-KLV, Art. 01

Für die Beantwortung der folgenden Fragen gilt Punkt 1 (vorvertragliche Anzeigepflicht) der umseitigen Schlusserklärung.
Zutreffendes ankreuzen und ergänzen (Striche, sonstige Zeichen und der Bezug auf frühere Anträge oder Leistungsfälle gelten N I C H T als Beantwortung).

Ausschlussgründe:

Gilt nur bis zu einer Versicherungssumme von EUR 7.000,-- (darüber hinaus sind die nachfolgenden Gesundheitsfragen zu beantworten). **(W)**

Der Abschluss einer Lebensversicherung ist nicht möglich, wenn einer der folgenden Ausschlussgründe vorliegt:

Wenn ein Antrag der zu versichernden Person auf Abschluss einer Er- und Ablebensversicherung in den letzten 5 Jahren von uns oder einem anderen Versicherungsunternehmen abgelehnt wurde.

Wenn die zu versichernde Person derzeit
in stationärer Behandlung steht bzw. ein Krankenhausaufenthalt auf ärztliches Anraten vorgesehen ist.

Wenn bei der zu versichernden Person folgende Erkrankungen bestehen oder bestanden
- chronische Infektionskrankheiten (z. B. HIV-Infektion, Hepatitis B oder C)
- bösartige Erkrankungen (z. B. Krebs, Leukämie)
- Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche (z. B. Multiple Sklerose, Alzheimer-Krankheit, Schizophrenie, manisch-depressive Psychosen, Epilepsie).

Wenn bei der zu versichernden Person folgende Erkrankungen bestehen bzw. in den letzten 5 Jahren bestanden
- Kardiomyopathie, Herzinfarkt, Schlaganfall, Gefäßerkrankungen
- Suchterkrankungen (z. B. Alkoholismus, Drogenmissbrauch) bzw. deren Folgeerkrankungen (z. B. Leberzirrhose)

oder einer der folgenden Eingriffe in den letzten 5 Jahren durchgeführt wurde
- chirurgische Eingriffe am Herzen oder an den Gefäßen (z. B. Ballon-Dilatation, Bypassoperation, Stentimplantation, Herzklappenersatz)
- Eingriffe am Gehirn (z. B. nach Aneurysma, nach Gehirnblutung)
- Organtransplantation bzw. wenn eine solche vorgesehen oder von ärztlicher Seite angeraten wurde.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen, dass diese Ausschlussgründe nicht vorliegen.

Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG)

Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes können der Antragsteller und die zu versichernden Personen von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Beitragszuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist verlangen, sofern uns ein Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung erbracht wird (z. B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz).

Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen:

1) Sind in diesem Jahr oder in den vergangenen 10 Jahren **Erkrankungen bzw. Gesundheitsstörungen** des **Herzens oder der Kreislauforgane** (z.B. Herzfehler, Herzinfarkt, abnorme Blutdruckwerte, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen), der **Atmungsorgane** (z.B. Asthma, chronische Bronchitis), der **Verdauungsorgane** (z.B. Magengeschwüre, Lebererkrankungen, Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse), der **Harn- oder Geschlechtsorgane** (z.B. Erkrankungen der Nieren, Harnblase, Prostata, Gebärmutter), des **Gehirns oder Rückenmarks** (z.B. Epilepsie, Schwindel, Depressionen, Multiple Sklerose), des **Blutes, der Augen, Ohren, Haut, Knochen, Gelenke** aufgetreten oder bestehen derzeit welche? Leiden oder litten Sie an **Zuckerkrankheit,** Funktionsstörungen der **Schilddrüse**, häufig wiederkehrenden oder chronischen **Infektionskrankheiten** (z.B. Hepatitis)? Sind auffallende bzw. von der Norm abweichende **Untersuchungsbefunde** erhoben worden - welche?
Wurden Zeichen einer **Immunschwäche** (HIV-positiv) festgestellt? Auch Erkrankungen oder Gesundheitsstörungen, die für unwesentlich gehalten werden, sind anzuführen!

A ☐ ja ☐ nein **B** ☐ ja ☐ nein **C** ☐ ja ☐ nein

Person	Art der Erkrankung, Beschwerden Art der Behandlung, Operationen	ärztliche Behandlung stationär von/bis	 ambulant von/bis	Name, Adresse der Ärzte, Krankenhäuser	ausgeheilt seit	 nein
						☐
						☐

2) Kam es in diesem Jahr oder in den vergangenen 10 Jahren zu stationären Krankenhausbehandlungen (auch Sanatoriumsbehandlungen) und/oder Heilstätten- bzw. Kuraufenthalten? Auch Aufenthalte zu bloßen Untersuchungszwecken sind anzugeben!

A ☐ ja ☐ nein **B** ☐ ja ☐ nein **C** ☐ ja ☐ nein

Person	Name des Krankenhauses, der Heilstätte, Kurheim	Behandlung von - bis	Erkrankungen (Diagnosen) und Art der Untersuchung und/oder Art der Behandlungen	ausgeheilt seit	 nein
					☐
					☐

3) Haben Sie Unfälle, Verletzungen, Vergiftungen erlitten und/oder bestehen körperliche oder geistige Schäden? (z.B. Amputationen, Versteifungen, Bewegungseinschränkungen, Wirbelsäulenverkrümmungen, Lähmungen, Missbildungen, Nervenschäden, Demenz, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit)

A ☐ ja ☐ nein **B** ☐ ja ☐ nein **C** ☐ ja ☐ nein

Person	Seit wann? Warum? Art der Behinderung? Art der Behandlung? Höhe des Invaliditätsgrades in %?	ausgeheilt seit	 nein
			☐
			☐

4) Nehmen oder nahmen Sie häufig oder regelmäßig Medikamente oder Drogen. Wie hoch ist/war Ihr täglicher Alkohol- und/oder Nikotinkonsum?

A ☐ ja ☐ nein **B** ☐ ja ☐ nein **C** ☐ ja ☐ nein

Person	Welche (Medikamente oder Drogen) / Was (Nikotin oder Alkohol)? Von wann bis wann? Wieviel täglich?

5) Wurden Sie in diesem Jahr oder in den vergangenen 10 Jahren jemals mit Radium, Kobalt oder Röntgen bestrahlt? Erfolgte eine Chemotherapie?

A ☐ ja ☐ nein **B** ☐ ja ☐ nein **C** ☐ ja ☐ nein

Person	Bestrahlung welcher Art? Wann? Warum? Krankenhaus? Ergebnis?

6) Körpergröße und Gewicht: **A:** _____cm / _____kg **B:** _____cm / _____kg **C:** _____cm / _____kg

7) Name und Adresse des Hausarztes oder jenes Arztes, der über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist.

Person	Name und Adresse des Arztes

Österreichische
Beamtenversicherung,
Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

ÖBV
Meine Versicherung

Datum	Bearbeitung, Änderungswünsche, Rückfragen, Antworten zu Rückfragen, Telefonvermerke, Korrekturen, Polizzierung, Kontrolle	Name des Bearbeiters

Anfragen und Zuschriften an:
ÖBV, 1016 Wien, Grillparzerstr. 11
Tel: 059808-0, Fax: 059808-1901
service@oebv.com, http://www.oebv.com

Offenlegung nach § 14 UGB:
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
mit Sitz in Wien, Grillparzerstr. 11
Reg. beim Handelsgericht Wien unter
FN 86811p

Sondergefahren der zu versichernden Personen:

Sind Sie besonderen Gefahren in Beruf und/oder Freizeit ausgesetzt (z.B. Aufenthalt in politischen Unruhegebieten, Umgang mit explosiven oder gesundheitsschädlichen Stoffen, Berufs-/Freizeitpilot wie z.B. Hubschrauberpilot, Pilot von Militärflugzeugen, Pilot eines Motor-, Segel- oder Drachenfliegers, Ballonfahrer, Hänge- oder Paragleiter, Fallschirmspringer, Teilnehmer an Wettbewerben mit Luft-, Wasser- oder Landfahrzeugen, Kampfsportler, Bergsteiger, Taucher)? Für welche Sportart wird ein Entgelt bezogen bzw. liegt eine Lizenz vor? **A** ☐ ja ☐ nein **B** ☐ ja ☐ nein **C** ☐ ja ☐ nein

Person	Risiko + Angaben zum Risiko (z.B. Häufigkeit der Ausübung, im In- und/oder Ausland)	Beruf/Freizeit

Einschluss mit Zusatzbeitrag gewünscht: ☐ ja ☐ nein Nicht jedes Risiko ist versicherbar, für manche Risiken ist die Beantwortung eines Fragebogens erforderlich.

Fragen an die zu versichernden Personen:

Bestehen oder bestanden bei **anderen Versicherungsunternehmen** Lebensversicherungen bzw. wurden solche beantragt? **A** ☐ ja ☐ nein **B** ☐ ja ☐ nein **C** ☐ ja ☐ nein

Person	Versicherungsunternehmen			
		☐ besteht	☐ bestand	☐ beantragt
		☐ besteht	☐ bestand	☐ beantragt

Wurden von Ihnen beantragte Lebensversicherungen von **anderen Versicherungsunternehmen** abgelehnt, mit Einschränkungen angenommen oder ist über eine Annahme noch nicht entschieden worden? Wurden bestehende Lebensversicherungen von **anderen Versicherungsunternehmen** gekündigt? **A** ☐ ja ☐ nein **B** ☐ ja ☐ nein **C** ☐ ja ☐ nein

Person	Versicherungsunternehmen	Datum und Ursache der Ablehnung, Einschränkung oder Kündigung	Ursache und Höhe (in %) der dauernden Invalidität

Identifikation des Versicherungsnehmers gemäß § 6 FM-GwG durch den Vermittler:

Der Vermittler bestätigt mit seiner Unterschrift auf dem Antrag, dass er die Ausweisdaten anhand des vorgelegten Originaldokuments erhoben hat.

Daten des Versicherungsnehmers: ☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ Führerschein Nr. _____ ausgestellt am: _____

ausstellende Behörde _____ bei juristischen Personen Firmenbuchnummer, Registergericht _____

Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten:

1.1. bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen 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.
Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). **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.**

1.2. im Versicherungsfall

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder –beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernden Personen 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. **Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

A) Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers: _____
(bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

B) Datum: _____ Unterschrift der zu versichernden Person: _____

C) Datum: _____ Unterschrift der zu versichernden Person: _____

Zustimmung zur Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen des ZIS
Das zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) im Rahmen des ZIS in Einzelfällen an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermitteln und von diesen auch erhalten kann.

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers: _____

Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

Schriftform:

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. zu versichernden Personen oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Vinkulierungen, Verpfändungen und Abtretungen,
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung).

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Geschriebene Form:

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail), entsprochen.

Mit dieser Vereinbarung ist der Antragsteller ausdrücklich ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

☐ **Natürliche Personen: Der Antragsteller bestätigt, in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) nicht steuerpflichtig zu sein und verpflichtet sich, der Österreichischen Beamtenversicherung, VVaG (ÖBV) Änderungen seiner Steuerpflicht unverzüglich mitzuteilen und nimmt zur Kenntnis, dass Zahlungen der ÖBV gemäß § 7a der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Er- und Ablebensversicherungen und für die Erlebens- und Rentenversicherungen nur erfolgen, wenn der Empfänger über Aufforderung der ÖBV die dort genannten Auskünfte und Bestätigungen zu seiner Steuerpflicht abgibt.**

☐ **Juristische Personen: Es wird bestätigt, dass der Antragsteller kein Finanzinstitut im Sinne von FATCA ist. Es wird bestätigt, dass der Antragsteller zu nicht mehr als 25% direkt oder indirekt von einer US-Person gehalten wird. Es wird zudem bestätigt, dass der Antragsteller weder seinen Sitz in den USA noch nach dem Recht der USA organisiert oder in den USA eingetragen ist. Der Antragsteller verpflichtet sich, der Österreichischen Beamtenversicherung, VVaG (ÖBV) Änderungen unverzüglich mitzuteilen und nimmt zur Kenntnis, dass Zahlungen der ÖBV gemäß § 7a der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Er- und Ablebensversicherungen und für die Erlebens- und Rentenversicherungen nur erfolgen, wenn der Empfänger über Aufforderung des Versicherers die dort genannten Auskünfte und Bestätigungen zu seiner Steuerpflicht abgibt.**

Erklärung des Antragstellers, zu Funktionen in einem anderen EU-Mitgliedsstaat oder Drittland (siehe Punkt 5 Schlusserklärung):
(Nähere Erläuterung hierzu siehe Schlusserklärung)

☐ **Ich bin keine politisch exponierte Person, kein unmittelbares Familienmitglied einer solchen bzw. keine ihr bekanntermaßen nahestehende Person.**

☐ **Ich bin eine politisch exponierte Person, ein unmittelbares Familienmitglied einer solchen bzw. eine ihr bekanntermaßen nahestehende Person.**

Meine Funktion ist: _____ (zusätzlich bitte auch den ergänzenden Fragebogen ausfüllen und beilegen!)

Von einer Änderung werde ich die ÖBV unverzüglich in Kenntnis setzen.

Beitragszahlung SEPA-Lastschrift Mandat

Zahlungsempfänger: Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Grillparzerstraße 11, 1016 Wien, reg. beim HG Wien unter FN 86.811p, Creditor ID: AT44ZZZ00000002248

Zahlungsweise:	☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich																																
Zahlungsart:	☐ SEPA-Lastschrift Mandat																																
IBAN:																					**BIC:**											
Kontoinhaber:																					**Geburtsdatum:**											

Der Antragsteller hat die Schlusserklärung gelesen und macht diese durch seine Unterschrift zum Inhalt des Antrages und bestätigt, eine Antragskopie und das Informationsblatt gemäß §§ 128-135d VAG 2016 erhalten zu haben. Diese Unterlagen sind Bestandteil des Vertrages. Ferner wird die Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, ermächtigt, Zahlungen vom Konto des oben angeführten Kontoinhabers mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weist der Kontoinhaber sein Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Beamtenversicherung, VVaG, auf sein Konto gezogene SEPA-Lastschriften einzulösen. Die Bindungsfrist für diesen Antrag beträgt 6 Wochen. Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

☐ **Der Antragsteller erklärt, dass der Antrag dem beiliegenden Angebot entspricht und dessen Erhalt am _____ bestätigt wurde.**

Ort, Datum	Unterschrift des Vermittlers	Unterschrift des Kontoinhabers soweit vom Antragsteller abweichend	Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers (bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)	Unterschrift der zu versichernden Personen soweit vom Antragsteller abweichend

Bei Vermittlung durch einen Versicherungsmakler:
Sollte die obige Erklärung des Antragstellers, dass der Antrag dem beiliegenden Angebot entspricht, nicht angekreuzt sein, ist folgende Erklärung des Versicherungsmaklers notwendig:

☐ **Der Versicherungsmakler bestätigt dem Antragsteller vor Unterfertigung des Antrages ein Angebot samt dazugehörigen Versicherungsbedingungen, Informationsblatt gemäß §§ 128-135d VAG 2016 und die Modellrechnungen gemäß § 3 Lebensversicherung Informationspflichtenverordnung (LV-InfoV) am _____ übergeben und erläutert zu haben.**

Ort, Datum	Firmenmäßige Zeichnung und Unterschrift des Versicherungsmaklers

Schlusserklärung

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht:

Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Treten zwischen Antragstellung und Zustellung des Mitgliedsscheines Änderungen in den gefahrenerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

2. Versicherungsschutz/Dynamikklausel/Gewinnbeteiligung:

a) Der beantragte Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung des Mitgliedsscheines erklärt und Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig geleistet haben. Vor dem im Mitgliedsschein angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.
Vor dem Zugang des Mitgliedsscheines ist eine Deckung im Rahmen des vorläufigen Sofortschutzes gegeben.

b) * Dynamikklausel (Index II) für Verträge gegen laufende Beitragszahlung und einer Mindestlaufzeit von 10 Jahren:
Der Einschluss der Dynamikklausel (Index II) sichert Ihnen den Wert Ihrer Lebensversicherung. Die automatischen Anpassungen, entsprechend der Entwicklung des durchschnittlichen Index der Verbraucherpreise (jedoch mit mindestens 4 % Steigerung des zuletzt gültigen Beitrages), erfolgen ohne neuerliche Prüfung des Gesundheitszustandes. Für den Einschluss der Dynamikklausel (Index II) muss der Monatsbeitrag mindestens EUR 15,--, die Versicherungssumme bei Kapitalversicherungen mindestens EUR 7.000,-- und die monatliche Grundrente bei Rentenversicherungen mindestens EUR 30,-- betragen.

c) ** Gewinnbeteiligung:
Da die in den künftigen Jahren erzielbaren Überschüsse nicht vorausgesehen werden können, beruhen Zahlenangaben über die Gewinnbeteiligung (Überschussbeiträge, Gewinnansammlungsguthaben, Beitragsrückgewähr usw.) auf Schätzungen, denen die gegenwärtigen Verhältnisse zu Grunde gelegt sind.
Solche Angaben sind daher unverbindlich.
Die tatsächlich zur Auszahlung gelangende Gewinnbeteiligung hängt allein von den während der Laufzeit des Vertrages erzielten Überschüssen ab.
Die Bonusrente ist durch eine teilweise Vorwegnahme der Gewinnbeteiligung von Beginn an höher; darüber hinausgehende Gewinne werden für eine jährliche Erhöhung der Bonusrente verwendet. Sollte die Gewinnzuteilung unter das für die Finanzierung der Bonusrente erforderliche Ausmaß sinken, wird diese nach den geschäftsplanmäßigen Bestimmungen gekürzt.

d) Leistung: Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Übergabe des Mitgliedsscheines.

3. SEPA-Lastschrift Mandat:

Hiermit ermächtigt der Kontoinhaber die Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weist der Kontoinhaber sein Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Beamtenversicherung, VVaG, auf sein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Der Kontoinhaber kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit seinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

4. Rücktrittsrecht gemäß 5c VersVG:

(1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
(2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
(3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: Österreichische Beamtenversicherung, VVag, Grillparzerstraße 11, 1016 Wien; E-Mail: service@oebv.com; Fax: 059808-1900.
Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn Sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
(4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
(5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

5. Rücktrittsrecht gemäß § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz:

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d.h. z.B. über Internet, E-Mail, Direct-Mail) abgeschlossen, haben Sie die Möglichkeit innerhalb von 30 Tagen vom Vertrag zurückzutreten. Die Frist beginnt ab Erhalt der Vertragsunterlagen.

6. Politisch exponierte Personen: (Antragsteller mit Wohnsitz in einem anderen EU-Mitgliedsstaat oder Drittland)

Personen, die wichtige öffentliche Ämter ausüben oder bis vor einem Jahr ausgeübt haben, deren unmittelbare Familienmitglieder oder ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen.

Wichtige öffentliche Ämter: Staats- und Regierungschefs; Minister und deren Stellvertreter, Staatssekretäre; Mitglieder des OGH, VwGH, VfGH, der Rechnungshöfe, sonstiger hochrangiger Institutionen der Justiz, der Verwaltungs-, Leitungs- oder Aufsichtsorgane staatlicher Unternehmen; Botschafter, Geschäftsträger oder hochrangige Offiziere der Streitkräfte.

Unmittelbare Familienmitglieder: Ehepartner (oder diesem gleichgestellt), Kinder, deren Ehepartner, Eltern.

Bekanntermaßen nahestehende Person: Natürliche Person, die bekanntermaßen mit dem Inhaber eines wichtigen öffentlichen Amtes gemeinsam wirtschaftliche Eigentümerin von Rechtspersonen ist oder sonstige enge Geschäftsbeziehung zu diesem unterhält oder die alleinige wirtschaftliche Eigentümerin von Rechtspersonen ist, die bekanntermaßen tatsächlich zum Nutzen des Inhabers eines öffentlichen Amtes errichtet wurden.

7. Umfang der Vertretungsvollmacht des Vermittlers:

Die Vollmacht der mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen betrauten Personen bestimmt sich nach § 43 Versicherungsvertragsgesetz. Demnach ist der Vermittler nur berechtigt, Anträge und Erklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen, die Mitgliedsscheine auszuhändigen und Beiträge anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Beitragsrechnung befindet. Der Vermittler ist daher nicht berechtigt, mündliche Erklärungen für uns abzugeben.

8. Verwendung des Vertrages zur Kreditbesicherung:

Aufgrund einer Richtlinie der Finanzmarktaufsicht müssen wir im Falle der Verwendung Ihres Vertrages zur Kreditbesicherung Ihre Vertragsdaten, die zum Zwecke der Sicherstellung eines kontinuierlichen Informationsflusses über die Werthaltigkeit und ordnungsgemäße Bedienung des Tilgungsträgers bei Kreditgewährung notwendig sind, an Ihre Bank weitergeben.

9. Beschwerdestelle:

ÖBV Beschwerdemanagement, Grillparzerstraße 11, 1016 Wien, Tel. 059808-4500
E-Mail: beschwerdestelle@oebv.com
Link: https://www.oebv.com/web/beschwerdemanagement.html

10. Beschwerdestelle für Konsumenten:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at

11. Datenschutzinformation:
Zu datenschutzrechtlichen Fragen kontaktieren Sie uns bitte unter
E-Mail: datenschutz@oebv.com
Tel: 059808-2710
Link: https://www.oebv.com/web/datenschutz.html

12. Schlichtungsstelle (AStG):
Im Falle von Streitigkeiten haben Verbraucher die Möglichkeit, sich an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, www.verbraucherschlichtung.at, zu wenden.

13. Bezeichnung und Anschrift der Versicherungsaufsichtsbehörde:
Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

Österreichische Beamtenversicherung,
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Offenlegung nach §14 UGB: Sitz: Grillparzerstr. 11, 1016 Wien,
reg. beim Handelsgericht Wien unter FN 86811p, DVR 0016543

Tel: 059 808-0
Fax: 059 808-1901
service@oebv.com
www.oebv.com

ÖBV Meine Versicherung

Stand: März 2017

Selbstauskunft

natürliche Person

Zur Umsetzung des gemeinsamen Meldestandards für den automatischen Austausch von Informationen über Finanzkonten ist in Österreich mit 1.1.2016 das „Gemeinsamer Meldestandard-Gesetz" (GMSG) in Kraft getreten. Dieses Gesetz verpflichtet uns zur Identifizierung und jährlichen Übermittlung von Informationen unserer steuerlich nicht ausschließlich in Österreich ansässigen Kunden an die österreichische Finanzbehörde. Diese übermittelt die Kundendaten in weiterer Folge den zuständigen ausländischen Behörden.

Wir sind verpflichtet, von Ihnen eine gültige Selbstauskunft einzuholen und ersuchen Sie daher dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäß auszufüllen.

1. ANGABEN ZUR PERSON

Bitte in **BLOCKSCHRIFT** schreiben!

Familienname oder Nachname, Titel/akademischer Grad	Vorname
Geburtsdatum: T | M | J	Geburtsland
WOHNSITZADRESSE Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort, Staat

2. ANGABEN ZUR STEUERLICHEN ANSÄSSIGKEIT

Jeder Staat hat eigene Bestimmungen über die steuerliche Ansässigkeit. Im Allgemeinen richtet sich diese nach dem Wohnsitz bzw. dem gewöhnlichen Aufenthalt. Es gibt jedoch Situationen die steuerliche Ansässigkeiten in einem anderen Land bzw. in mehreren Ländern begründen. Für mehr Informationen zur steuerlichen Ansässigkeit kontaktieren Sie bitte Ihren Steuerberater.

Staat/en der steuerlichen Ansässigkeit:	Steuer-Identifikationsnummer/n (TIN):*)

Begründung, sofern keine TIN vergeben:

*) Die Angabe einer **österreichischen Steuernummer** ist **nicht** erforderlich. **Jedenfalls ist aber das Land (bzw. die Länder) der steuerlichen Ansässigkeit anzuführen.**

3. SCHLUSSERKLÄRUNG

Der Antragsteller erklärt, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig sind. Über Änderungen der angegebenen Informationen wird die Österreichische Beamtenversicherung, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit unverzüglich informiert.

Ort, Datum **Unterschrift**