

# Antrag auf eine ZukunftSicherung

für Dienstnehmer, gemäß § 3 Abs 1 Z 15 lit a EStG 1988

## Sofortschutzurkunde

Ein Er- und Ablebensversicherungsvertrag 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 und
- 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

<b>Antrag auf eine Lebensversicherung gemäß § 3 Abs 1 Z 15 lit a EStG 1988</b>	Eingelangt-Stempel - ÖBV-Büro	Eingelangt-Stempel - ÖBV-Zentrale	Vermittler 1 (Best./Wert.)	Vermittler 2

**ZUKUNFTSSICHERUNG FÜR DIENSTNEHMER BEIM/DER**

Name/Bezeichnung und Adresse des Arbeitgebers/Dienstgebers

<b>B</b>
<b>Z</b>

**Antragsteller (Versicherungsnehmer und zu versichernde Person)**

Nachname	Vorname	Akad. Grad/Diensttitel	Sozialversicherungs-Nr./Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht
					<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staaten-Kennzeichen	PLZ	Ort	Straße	Hausnummer/Stiege/Stock/Tür	
Arbeitgeber	derzeitige berufliche Tätigkeit und etwaige Nebenbeschäftigung		Tel.-Nr.	E-Mail-Adresse	
<input type="checkbox"/> ÖBB <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bund/Land <input type="checkbox"/> Gemeinde <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> Pens. Gewerkschaft/Sektion:					
Bed.od.Pers. Nr./Sozialversicherungsnummer	Dienststelle	Dienstbereich	DB-Nr. (nur beim Bund)	<input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> Angestellter	
Name und Adresse der gehaltsverrechnenden Stelle des Arbeitgebers/Dienstgebers					

**Beitragszahlung (erfolgt ausschließlich durch die bezugsanweisende Stelle des Arbeitgebers/Dienstgebers)**

**Zahlungsweise: monatlich**  
 Der Antragsteller (Dienstnehmer) stimmt einer monatlichen Gehaltsumwandlung in Höhe des Beitrages (inklusive Versicherungssteuer) für den gegenständlichen Versicherungsvertrag zu (Zukunftssicherung gemäß § 3 Abs 1 Z 15 lit a EStG 1988).  
 Gemäß gesonderter Vereinbarung verpflichtet sich der Arbeitgeber/Dienstgeber, für die Dauer des aufrechten Dienstverhältnisses mit dem Antragsteller (Dienstnehmer), diese Bezugsanteile als Beitrag für den gegenständlichen Versicherungsvertrag unmittelbar an die Österreichische Beamtenversicherung zu überweisen.

**ER- UND ABLEBENSVERSICHERUNG**  **RENTENVERSICHERUNG**  **ERLEBENSVERSICHERUNG**  
 mit GEWINNBETEILIGUNG\* (siehe nähere Beschreibung in der Schlussklärung) nach den dem Tarif entsprechenden Allgemeinen sowie den Besonderen Versicherungsbedingungen für Zusatzleistungen und Gewinnbeteiligung.

**Beginn 01.**

Tarif	Beitragszahlungsdauer/Laufzeit in Jahren	ER- UND ABLEBENS-/ERLEBENSVERSICHERUNG	RENTENVERSICHERUNG			Beitrag inkl. Vers. Steuer
		Versicherungssumme	Garantierte monatliche Rente	Ablösekapital	Rentenart	
					<input type="checkbox"/> lebenslang ODER <input type="checkbox"/> temporär ___ Jahre <input type="checkbox"/> mit Rückgewähr ODER <input type="checkbox"/> garantiert ___ Jahre	Bonusrente* <input type="checkbox"/>

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**

im Erlebensfall: der Versicherungsnehmer  
 im **Ablebensfall**: Namentlich genannte Person(en): \_\_\_\_\_  
 (Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Adresse)

**Ausschlussgründe**

**In folgenden Fällen ist der Abschluss einer Er- und Ablebensversicherung nicht möglich:** (W)

**Wenn ein Antrag des Antragstellers auf Abschluss einer Er- und Ablebensversicherung in den letzten 5 Jahren** von uns oder einem anderen Versicherungsunternehmen abgelehnt wurde.

**Wenn der Antragsteller derzeit** in stationärer Behandlung steht bzw. ein Krankenhausaufenthalt auf ärztliches Anraten vorgesehen ist.

**Wenn beim Antragsteller 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 beim Antragsteller 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 bestätigt, dass diese Ausschlussgründe nicht vorliegen.**

**Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG)**

Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes kann der Antragsteller 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 Behindertenausweis des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz).

Bitte in Druckbuchstaben schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen

01.2019-0, Art. 05 Original für ÖBV



## 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: \_\_\_\_\_

**Zusatzklärung:** Der Antragsteller bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er außer diesem Antrag keinen weiteren auf Zukunftssicherung gemäß § 3 Abs. 1 Z. 15 lit a EStG 1988 stellt oder gestellt hat, der zusammen mit diesem den Betrag von jährlich EUR 300,- übersteigt.

### 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, Versicherungsmisbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Antragsteller stimmt 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 Versicherungsnehmer 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 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

### Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten:

#### 1.1. bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller 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. 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 erforderliche medizinische 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 stimmt 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 Behandlungsentslassung 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 wird der Antragsteller 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 besteht für den Antragsteller auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Macht der Antragsteller von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. **Der Antragsteller nimmt 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 oder Bezugsberechtigten in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Der Antragsteller stimmt 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.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

**Der Antragsteller hat die Schlusserklärung gelesen und macht diese mit seiner 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. Die Bindungsfrist für diesen Antrag beträgt 6 Wochen. Dieser Vertrag unterliegt dem österreichischen 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 Antragstellers  
(bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift  
des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

### 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/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) \* 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 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.

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

## **3. 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 Polizza 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](mailto: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 Versicherungsververtreters 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.

## **4. 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.

## **5. 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.

## **6. Beschwerdestelle:**

ÖBV Beschwerdemanagement, Grillparzerstraße 11, 1016 Wien, Tel. 059808-4500

E-Mail: [beschwerdestelle@oebv.com](mailto:beschwerdestelle@oebv.com)

Link: <https://www.oebv.com/web/beschwerdemanagement.html>

## **7. Beschwerdestelle für Konsumenten:**

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

E-Mail: [versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at](mailto:versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at)

## **8. Datenschutzinformation:**

Zu datenschutzrechtlichen Fragen kontaktieren Sie uns bitte unter

E-Mail: [datenschutz@oebv.com](mailto:datenschutz@oebv.com)

Tel: 059808-2710

Link: <https://www.oebv.com/web/datenschutz.html>

## **9. Schlichtungsstelle (AStG):**

Im Falle von Streitigkeiten haben Verbraucher die Möglichkeit, sich an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, [www.verbraucherschlichtung.at](http://www.verbraucherschlichtung.at), zu wenden.

## **10. Bezeichnung und Anschrift der Versicherungsaufsichtsbehörde:**

Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.