

Vermittler-Nr.: _____

Neu

Ersatz Polizza Nr. _____

Antrag Schaden- u. Unfallversicherung

Allianz

ARAG

Generali

Grazer Wechselseitige

Merkur

Roland

Uniqa

Zürich

Name, Titel, Adresse: männl. weibl. Firma

Beruf, Firmenart: _____

Geb.dat.: _____

Telefon: _____

Versicherungsbeginn: Abbuchung Erlagschein

Versicherungsablauf: 1/1 1/2 1/4 1/12

Versicherungsort: _____

Beantragte Sparte(n)	Versicherungssumme	Variante	Prämie
<input type="checkbox"/> Eigenheim			
<input type="checkbox"/> Feuer			
<input type="checkbox"/> Sturm			
<input type="checkbox"/> Leitungswasserschaden			
<input type="checkbox"/> Haftpflicht			
<input type="checkbox"/> Haushalt _____ m ²			
<input type="checkbox"/> Elektrogeräte			
<input type="checkbox"/> Unfall			
<input type="checkbox"/> Rechtsschutz			
<input type="checkbox"/> Maschinenbruch			
<input type="checkbox"/> Betriebsunterbrechung			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Mit Wertanpassung zu den vereinbarten Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen (Beilagen).

Gesamtjahresprämie: _____

Ihr Recht ist unsere Pflicht.

Gewerberegisternr.: 100963R01/08 MA Wien
 DVR: 2108051 • Beschwerdestelle: BMWA
 Firmenbuchnr.: FN 220845y

Wien • Graz • Maribor • Weitere Standorte finden Sie auf www.styriawest.at
 Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten

Wien
 1010 Wien • Bauernmarkt 24/ 15
 T +43(0)1/ 533 37 80 • F -14

Graz
 8042 Graz • St. Peter-Gürtel 4/ 1/ 3
 T +43(0)316/ 77 44 00 • F -14

office@styriawest.at • www.styriawest.at

Wem gehören die zu versichernden Sachen? Eigentum des Antragstellers Fremdes Eigentum

Der Antragsteller ist voll teilweise nicht vorsteuerabzugsberechtigt

Befindet sich ein gewerblicher oder landwirtschaftlicher Betrieb oder Lager auf dem Grundstück?
 Nein Ja Falls ja, Art des Betriebes/Lager: _____

Wurde eine der beantragten Sparten von einem anderen Versicherer gekündigt? Nein Ja

Falls ja, von welcher Versicherungsanstalt: _____

Andere Versicherungen - Nebenversicherungen bestehen noch bei:

Einzel- Familien-Unfallversicherung

Erklärung zum Gesundheitszustand:	Ja		Nein		Eventualität	Versicherungs- summe	Prämie
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1.) Sind Sie vollkommen gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Todesfall		
2.) Waren Sie in den letzten 5 Jahren wegen eines Unfalles in stationärer Behandlung? Wenn Ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauerfolgen		
3.) Liegt ein positives Ergebnis eines HIV-Testes vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spitalgeld		
4.) Bestehen nachfolgend angeführte Erkrankung oder sind diese in den letzten 5 Jahren aufgetreten oder behandelt worden? <small>(Herz-, Leber-, Nieren-, Lungen-, Nerven- und Hauterkrankungen, Erkrankungen der Geschlechtsorgane, der Schilddrüse, des Bewegungsapparates, der Knochen bzw. des Rückenmarkes, sowie Diabetes, Psoriasis, Epilepsie und Tumore)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfallkosten		
5.) Sind die zu versichernden Personen besonderen Gefahren (im Sport z.B. Flug-, Kletter-, Tauchrisiko usw., im Beruf, Reisen nach außereuropäischen Ländern) ausgesetzt oder werden solche Tätigkeiten geplant? Wenn ja, welche?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unfallrente		
					Knochenbruch		
					Krankengeld		
					Taggeld		
Bezugsberechtigung nach Unfalltod:					Prämie nach Zahlungsweise ohne Unterjährigkeitszuschlag! € _____		

Besondere Vereinbarungen/Bemerkungen:

Es gilt eine vorläufige Deckungszusage im Sinne dieses Antrages ab Versicherungsbeginn als erteilt, sofern der Versicherer nicht binnen 3 Werktagen schriftlich widerspricht. Der Inhalt von Beiblättern (Prämien, Listenpreise, Deckungsumfang, usw.) wird ebenfalls zum Vertragsinhalt.

Erklärung des Antragstellers:
 Ich ermächtige den Versicherer, die im Zusammenhang mit der beantragten Versicherung stehenden Daten an andere Versicherungsunternehmen und Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen zu übermitteln und bin einverstanden, daß der Vorversicherer die dazu notwendigen Auskünfte gibt.

Abbuchungsauftrag/Einzugsermächtigung:

Genauere Bezeichnung des Kreditinstitutes: _____ BLZ: _____

Kontonr.: _____ Kontoinhaber: _____

Vermittler: _____	Unterschrift des Antragstellers/der versicherten Person
Datum: _____	