

LAND & FORSTWIRTSCHAFTLICHE BETRIEBSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

ANTRAG zur KundenNr. 7902

Versicherungsnehmer:

KOTAX Versicherungssysteme G m.b.H.
FN 273745t Gerichtsstand Wien
Börsegasse 9, 1010 Wien
Tel.: +43 1 503 62 33, Fax: +43 1 503 62 33 610
E- Mail: office@irm-kotax.com

Versicherer:

DONAU Versicherung AG
Schottenring 15
1010 Wien

Aufsichtsbehörde:

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

Versicherte Personen

Nachname/Firma: _____

Vorname: _____

Titel: _____

Geb.-Datum: _____

Email: _____

Telefonnummer: _____

Adresse: _____

Zahlweise: ☐ jährlich ☐ halbjährl. ☐ vierteljährl. ☐ monatlich

Bei unterjähriger Zahlweise muss die jeweilige Rate mind.
€ 100,- betragen (nur mit SEPA Mandat möglich!)

Beginndatum: _____

Laufzeit:

Die Laufzeit des Vertrages beträgt 10 Jahre und verlängert sich automatisch auf ein weiteres Jahr, wenn nicht innerhalb einer Frist von 3 Monaten eine der beiden Parteien den Vertrag schriftlich kündigt.

OBLIGATORISCHE ANTRAGSFRAGEN

Wird eine der drei nachfolgenden Fragen mit JA beantwortet, besteht keine automatische Versicherungsdeckung, da die Beitrittserklärung zuerst von KOTAX geprüft werden muss. Die Deckung besteht erst nach schriftlicher Zusage von KOTAX.

- a) Haben sich aus dem beantragten Risiko in den letzten 5 Jahren bereits Schäden ereignet?

☐ **NEIN**

☐ **JA**

Wenn ja, Datum, Ursache, Entschädigung durch, Betrag:

- b) Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren für das beantragte Risiko eine Versicherung?

☐ **NEIN**

☐ **JA**

Wenn ja, Gesellschaft, Polizzenummer, Ablauf, Sparte, Versicherungssumme:

- c) Wurde dem Versicherten in den letzten 5 Jahren bereits eine Versicherung für das beantragte Risiko gekündigt, abgelehnt oder einvernehmlich aufgelöst?

☐ **NEIN**

☐ **JA**

Wenn ja, von welchem Versicherer, Grund, Polizzenummer:

PRÄMIENBERECHNUNG:

Anzugeben ist die Gesamtbesitzfläche.

Falls diese **NICHT** zur Versicherung angemeldet ist, wird jedenfalls auch weiterhin eine zusätzliche Haftpflichtversicherung für diese Flächen benötigt, um Deckungslücken zu vermeiden.

➔ Bitte verwenden Sie den Prämienrechner im Anhang!

Bei unterjährigem Beitritt erfolgt die erste Prämienverschreibung aliquot bezogen auf die Versicherungsmonate.

Bei Differenzdeckung:

Polizzennummer Vorvertrag: _____

Versicherer Vorvertrag: _____

Ablaufdatum: _____

Bitte die Polizzenkopie beilegen!

Datenschutzgrundverordnung:

Wir nehmen ausdrücklich zur Kenntnis, dass es im Zuge der Durchführung dieses speziellen Auftrages bzw. mit der Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen des o.a. Versicherungsnehmers zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Sinne der DSGVO kommt, und diese auch im Zuge der Erfüllung der vertraglichen Pflichten an Dritte (Rechtsanwälte, Versicherungsunternehmen, etc.) weitergegeben werden.

Der o.a. Versicherungsnehmer wird weiter bevollmächtigt, eine Zustimmung zur Verwendung unserer Daten (ausgenommen sensible Daten i.S.d. § 9 DSGVO) zu erteilen.

Wir bevollmächtigen o.a. Versicherungsnehmer ausdrücklich zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der elektronischen Kommunikation nach § 5a VersVG, insb. zur Vereinbarung und zum Widerruf der elektronischen Kommunikation.

Der Bevollmächtigte ist insbesondere auch zur Vornahme sämtlicher Erklärungen und/oder Handlungen im Zusammenhang mit der Vereinbarung von Formvorschriften, v.a. von Schriftformvereinbarungen i.S.d. § 5a Abs. 2 und § 15a Abs. 2 VersVG berechtigt.

Einwilligung für die Zusendung und Übermittlung von Werbe- und Informationsmaterial durch o.a. Versicherungsmakler:

Im Rahmen der Vertragsbeziehung verarbeitet der o.a. Versicherungsnehmer die persönlichen Kontaktdaten. Neben der Nutzung dieser Daten für die Vertragsabwicklung, würde der o.a. Versicherungsnehmer über diese Kontaktdaten (E-Mail, Wohnanschrift, Fax, Telefon) gerne Informations- und auch Werbematerial übermitteln.

Hiermit stimmen wir ausdrücklich zu, dass uns Informations- und Werbematerial an unsere bekannt gegebenen Kontaktadressen übermittelt wird. Wir möchten laufend über die neusten Produkte und Dienstleistungen des o.a. Versicherungsnehmers per Fax, E-Mail, Telefon, SMS oder per Post informiert werden.

Wir nehmen zur Kenntnis, dass wir diese Einwilligung jederzeit widerrufen können.

Datum: _____

Unterschrift: _____

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (ERMÄCHTIGUNG)

Zahlungsempfänger	DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group Schottenring 15, 1010 Wien registriert beim Handelsgericht Wien unter FN 32002m, DVR: 0016683
Creditor-ID	AT34ZZZ000000003107

Ich/Wir ermächtige/n die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der DONAU auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/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.

Polizzennummer		
Familienname	Vorname	Titel
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		

[illegible]

Ort, Datum	Unterschrift/en
------------	-----------------