innofima
IHR INNOVATIVER FINANZMAKLER
innofima GmbH
Zum Eistruper Feld 9 · 49143 Bissendorf
Tel. 01803 / 88 77 66 · Fax 01803 / 88 77 55
kontakt@innofima.de · www.innofima.de

Niederlassung Deutschland, D-93055 Regensburg, Maxhüttenstraße 11
Telefon: +49 941 28 07 88-0; E-Mail: post@ooev.at
Handelsregister-Nr.: HRB 18978, Gericht: Amtsgericht Regensburg
A-4020 Linz, Gruberstraße 32, Rechtsform: Aktiengesellschaft; Firmensitz: Linz
Firmenbuch-Nummer: 36941a; Firmenbuchgericht: Landesgericht Linz
Vorstand: Mag. Othmar Nagl (Vorsitzender) Mag. Kathrin Kühtreiber-Leitner MBA.
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Maximilian Hiegelsberger

oberösterreichische versichat.de

innofima Empfehlung

# Antrag Wochenendhaus Deutschland

Wir weisen darauf hin, dass es sich bei den vorliegend gestellten Antragsfragen ausschließlich um solche der Oberösterreichische Versicherung AG als Versicherer handelt, siehe hierzu auch die wichtigen Hinweise und Erklärungen auf S. 4.

Vermittlernummer 29/ 706189 ☐ Neuantrag ☐ Änderungsantrag zu Police/Kundennr._____

| | | |
|---|---|---|
| **Angaben zur Vorversicherung** | Besteht oder bestand bereits eine andere Versicherung für ihr Wochenendhaus? | ☐ nein<br>☐ ja _____<br>*(Gesellschaft (VU) und Versicherungsnummer)* |
| | Wurde bei Bestehen einer Vorversicherung der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt, abgelehnt, einvernehmlich gelöst oder freigegeben? | ☐ nein ☐ ja *(keine Annahme)* |
| **Vorschäden** | Gab es in den letzten 5 Jahren einen Vorschaden?<br>***Wichtiger Hinweis!*** *Bei mehr als einem Vorschaden erfolgt* ***keine Annahme****. Grundsätzlich muss der Vor-schaden vollständig behoben sein.* | ☐ nein<br>☐ ja *(**35% Zuschlag**)* |
| **Laufzeit Vertrag** | Beginn: ____. ____. 20____ Ablauf: 01.____. 20____ | Laufzeit: ☐ ***Jahresvertrag*** ☐ ***3 Jahre*** *(**10 % Nachlass**)* |
| **Zustellung Police** | ☐ Policenzustellung per Mail nicht erwünscht | |
| **Zahlweise Vertrag** | Zahlweise: ☐ 1/1 **(2 % Nachlass)** ☐ 1/2 ☐ 1/4 ☐ monatlich | |
| **SEPA Lastschrift-mandat** | ☐ **ja** Einziehungsauftrag *(Bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen)* | |
| **Antragsteller/ Versicherungs-nehmer** | Angaben zum Versicherungsnehmer(-in) (**Pflichtfeld**)<br>_____<br>*Vor- und Zuname (Kundennummer, wenn vorhanden)* (**Pflichtfeld**)<br>_____<br>*PLZ, Ort, Adresse* (**Pflichtfeld**) | _____<br>Telefon<br>_____<br>E-Mail *(**Pflichtfeld**)*<br>_____<br>*Geburtsdatum (**Pflichtfeld**)*<br>_____<br>*Beruf* |
| **Risikoadresse** **(alternativ GPS-Koordinaten)** | Risikoadresse *(innerhalb Deutschland)* (***Pflichtfeld***): | |

| **Risikodaten Objekt** | | | |
|---|---|---|---|
| **Nutzung Objekt** | ☐ ständig bewohnt<br>☐ nicht ständig bewohnt | **Objektalter (Baujahr)** | Baujahr: _____ *(max. Objektalter 50 Jahre)* |
| **Objektauswahl** **(dauerhaft abgestellt)** | ☐ Wochenendhaus ☐ Laube<br>☐ Gartenhaus (-bungalow) | **Vermietung** | Bei vermieteten Objekten bitte den Maklerservice Regensburg kontaktieren – post@ooev.at |
| **Einschluss zusätzliches Objekt:** | Für Einschluss eines zusätzlichen Objekts am Standplatz bitte Maklerservice Regensburg kontaktieren – post@ooev.at | | |
| **Hinweis! Anwendungsbereich Wochenendhausver-sicherung** | Die „Wochenendhausversicherung gilt für auf Campingplätzen, (Klein-)Gartenvereinen, Ferienparks udgl., oder auf privaten Grundstücken stehende (Wochenend-)Objekte/-Häuser, die durch räumliche Umfriedung Menschen und Sachen Schutz gegen äußere Einflüsse geben, den Eintritt von Menschen gestatten, **mit dem Boden fest verbunden (Betonfundament) sind**. | | |

**Bitte zurücksenden - einfach per Fax, Mail oder Post**
innofima® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de

gültig ab **Juni 2024** Version 04/21 OOEV

**Bitte zurücksenden - einfach per Fax, Mail oder Post**
innofima® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de

## Prämienberechnung (Prämien sind inklusive Versicherungssteuer)

### Basisdeckung

**Hinweis!** Eine detaillierte Darstellung des Deckungsumfanges ist der Deckungsübersicht zu entnehmen.

**Basisdeckung/-Versicherungssummen**

| Sparte | (voreingestellte) Versicherungs-summen | Vertragsgrundlagen |
|---|---|---|
| **Objekt** | **€ 20.000,00** | **WEHD-2024** - Allgemeine Wochenendhaus Versicherungsbedingungen |
| **Hausrat** | **€ 6.000,00** | |
| **Glasbruch** | **Pauschal** | |
| **Haftpflicht (Haus und Grundbesitz)** | **€ 10.000.000,00** | |
| **Elementar Objekt** (SB 50% mind. €1.000 in Zürszone 3 und 4) | **€ 4.000,00** | |
| **Elementar Hausrat** (SB 50% mind. €1.000 in Zürszone 3 und 4) | **€ 4.000,00** | |

**Jahresprämie (-Beitrag) Basispaket** = € **162,50**

### Einschlüsse (Zusatzdeckungen) und Summenerhöhungen

| | | | |
|---|---|---|---|
| Optional höhere Versicherungssumme Objekt | ☐ 40.000 (+ € 26,00) ☐ 60.000 (+ € 52,00) ☐ 120.000 (+ € 130,00) ☐ 150.000 (+ € 169,00) ☐ 200.000 (+ € 234,00) ☐ 300.000 (+ € 364,00) | + € | (Auswahl/Betrag links hier anführen) _____ |
| Optional höhere Versicherungssumme Hausrat | ☐ 10.000 (+ € 8,80) ☐ 12.000 (+ € 13,20) ☐ 20.000 (+ € 30,80) ☐ 40.000 (+ € 74,80) | + € | (Auswahl/Betrag links hier anführen) _____ |
| Photovoltaikanlage am Gebäude/Objekt<br>Vertragsgrundlage: **WEH8023.22** | ☐ 8.000 (+ € 18,00) | + € | (Auswahl/Betrag links hier anführen) _____ |
| Fahrraddiebstahl außerhalb Objekt/Versicherungsort<br>Vertragsgrundlage: **WEH8024.24** | ☐ 2.500 (+ € 18,20) ☐ 5.000 (+ € 36,4) | + € | (Auswahl/Betrag links hier anführen) _____ |
| Glas- oder Gewächshaus mit Fundament bis max. 20 m² Grundfläche)<br>Vertragsgrundlage: **WEH8025.24** | ☐ ja (+ € 20,00) | + € | (Auswahl/Betrag links hier anführen) _____ |
| Erhöhung Elementardeckung Objekt **nur in Zürs 1 und 2**<br>Vertragsgrundlage: **WEH8021.21** | ☐ 6.000 (+ € 4,70) ☐ 12.000 (+ € 18,85) ☐ 20.000 (+ € 37,05)<br>**Wichtiger Hinweis!**<br>Bei Erhöhung der Deckungssumme für Elementar besteht KEIN Versicherungsschutz für Risiken (Objekte) in Zürs Zone 3 und 4. | + € | (Auswahl/Betrag links hier anführen) _____ |
| Erhöhung Elementardeckung Hausrat **nur in Zürs 1 und 2**<br>Vertragsgrundlage: **WEH8022.21** | ☐ 6.000 (+ € 2,80) ☐ 12.000 (+ € 10,15)<br>**Wichtige Hinweise!**<br>a) Bei Auswahl der erhöhten Elementardeckung (12.000) muss die Gesamtversicherungssumme für den Hausrat mind. € 12.000 betragen<br>b) Bei Erhöhung der Deckungssumme für Elementar besteht KEIN Versicherungsschutz für Risiken (Objekte) in Zürs Zone 3 und 4. | + € | (Auswahl/Betrag links hier anführen) _____ |
| **Summe Einschlüsse (Zusatzdeckungen/Summenerhöhungen)** | | = € | _____ |

**Jahresprämie (Beitrag) Basispaket + Einschlüsse/Summenerhöhungen (bei Bedarf)** = € _____
Hinweis! Werden keine Einschlüsse gewählt bitte nur Prämie Basispaket anführen.

### Nachlässe

| | | |
|---|---|---|
| **Ausschluss Haftpflicht** (Haus- und Grundbesitz) | - | ☐ (- € 18,50, Ausschluss HP) |
| **Zahlweise**<br>Bei Auswahl jährliche Zahlweise wird eine Nachlass in Höhe von 2% berücksichtigt.<br>**Hinweis! Gemäß Auswahl auf Seite 1** | - | ☐ (- 2 %, Jahreszahler) |
| **Laufzeit**<br>Bei Auswahl einer Laufzeit von mindestens 3 Jahren wird ein Nachlass in Höhe von 10% berücksichtigt.<br>**Hinweis! Gemäß Auswahl auf Seite 1** | - | ☐ (- 10 %, Lfzt. 3Jahre) |

### Zuschläge

| | | |
|---|---|---|
| **Vorschaden (max. 1)**<br>Bei Vorschaden wird ein Zuschlag in Höhe von 35% berücksichtigt.<br>**Hinweis! Gemäß Auswahl auf Seite 1** | + | ☐ (+ 35 %, Vorschaden) |

# SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen die Oberösterreichische Versicherung AG zur späteren Eintragung der Mandatsreferenz (entspricht Ihrer zugeteilten Kundennummer).

**ZAHLUNGSEMPFÄNGER:** OBERÖSTERREICHISCHE VERSICHERUNG AG, Gruberstraße 32, A-4020 Linz

**CREDITOR ID:** AT25ZZZ00000004142

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die OBERÖSTERREICHISCHE VERSICHERUNG AG Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschriften einzuziehen.

Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der OBERÖSTERREICHISCHE VERSICHERUNG AG auf mein/unser Konto gezogene SEPA Lastschrift 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 Kontoinhaber (nur ausfüllen falls abweichend zum Antragssteller)**

_____

**Kreditinstitut**

**IBAN:** _____ **BIC:** _____

_____ _____

**Ort, Datum** **Unterschrift Kontoinhaber**

Vorabinformation (Prenotification)

Einverständlich festgelegt wird, dass ich/wir vom Einzug der Erstprämie sowie der weiteren fällig werdenden Prämien mit dem Versicherungsschein sowie in weiterer Folge mit Prämienschein vor dem im Versicherungsschein angeführten Hauptfälligkeitstermin informiert werde/werden.

Diese einmalige Bekanntgabe gilt als entsprechende Vorabinformation für sämtliche vertraglichen Prämienfälligkeiten. Der Antragsteller/Versicherungsnehmer verzichtet dabei ausdrücklich auf die Einhaltung der diesbezüglichen Vorabinformationsfrist.

Die Abbuchung von auf im Versicherungsschein ausgewiesenen Erstprämien erfolgt zum dort genannten Fälligkeitstermin. Die Abbuchung von auf den Prämienscheinen ausgewiesenen Prämien erfolgt jeweils zum Ersten des dort ausgewiesenen Fälligkeitstermins. Fällt der Erste auf einen Samstag, Sonntag oder Feiertag, so erfolgt die Abbuchung am darauffolgenden Geschäftstag. Der Antragsteller/Versicherungsnehmer hat zu den jeweiligen Fälligkeitsterminen für ausreichende Kontodeckung zu sorgen.

# Vorläufige Deckung

Sofern eine vorläufige Deckung nicht aufgrund gesetzlicher Vorschrift oder gesonderter Vereinbarung besteht, beginnt der Versicherungsschutz für beantragte und nicht anfragepflichtige Risiken im Rahmen der für den Geschäftsbetrieb maßgebenden Grundsätze (Tarif) **ab Eingang** des vollständig ausgefüllten Antrages oder der elektronisch erfassten Daten in der Generaldirektion, **frühestens** jedoch **ab dem beantragten Beginnzeitpunkt.**

Bei anfragepflichtigen Risiken besteht Versicherungsschutz erst – soweit nicht eine vorläufige Deckung vereinbart worden ist – mit Zugang des Versicherungsscheines oder einer gesonderten Annahmeerklärung, frühestens jedoch ab dem beantragten Beginnzeitpunkt.

**Bitte zurücksenden - einfach per Fax, Mail oder Post**
**innofima® GmbH** | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de

## Mitteilung nach § 19 Abs.5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.
Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.
Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

• weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
• noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.
Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.
Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss.
Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und die Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.
Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

## Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich rechtzeitig vor der Unterzeichnung dieses Antrages das Produktinformationsblatt, die der beantragten Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen und Klauseln sowie die Hinweise und Erläuterungen erhalten habe.
Bitte beachten Sie vor Unterzeichnung dieses Antrages die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG und die wichtigen Hinweise und Erläuterungen.

Die genannte Mitteilung und die wichtigen Hinweise und Erläuterungen habe ich gelesen. Diese sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie enthalten u.a. die Hinweise und Erläuterungen über die vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung, das Widerrufsrecht sowie die Information über den Datenschutz.

Durch Ihre Unterschrift oder elektronische Übermittlung werden die Mitteilung und die wichtigen Hinweise und Erläuterungen Inhalt des Antrages.

| Ort, Datum | Unterschrift Vermittler/Antragsteller |
|---|---|

## Unterschrift zur Antragsstellung

Bei fehlender Unterschrift des Versicherungsnehmers bestätigen Sie bitte, dass Ihnen als Vermittler ein vom Versicherungsnehmer unterschriebener Maklerauftrag oder eine Vollmacht vorliegt:

☐ liegt vor ☐ liegt nicht vor

| Ort, Datum | Unterschrift Vermittler/Antragsteller |
|---|---|

innofima
IHR INNOVATIVER FINANZMAKLER
innofima GmbH
Zum Eistruper Feld 9 · 49143 Bissendorf
Tel. 01803 / 88 77 66 · Fax 01803 / 88 77 55
kontakt@innofima.de · www.innofima.de

**Zwingend erforderliche Mitteilungen an den Kunden (§7VVG):** Hinweise und Erläuterungen, Produktinformationsblatt und Bedingungen

Formular zurücksetzen  Formular drucken

**Bitte zurücksenden - einfach per Fax, Mail oder Post**
innofima® GmbH | Zum Eistruper Feld 9 | 49143 Bissendorf | Telefon: 05402 985599-0 | Fax: 05402 985599-1 | E-Mail: kontakt@innofima.de