



VERSICHERUNGSAGENTUR GMBH

Gumpendorferstraße 6
1060 Wien
Tel.: 050 350 29900
service@voeb-direkt.at

Keesgasse 3
8010 Graz
Tel.: 050 310-116
Fax: 050 310-144
Mail: voeb1@aon.at
www.voeb-eccher.at



UNABHÄNGIGER VERSICHERUNGSMAKLER

Versicherer: Wr. Städtische Versicherung AG, Vienna Insurance Group, Schottenring 30, 1010 Wien

Die VÖB Eccher Ges.m.b.H bietet eine Gruppenversicherung für die Dienstnehmer des Bundesministeriums für Landesverteidigung Österreichs an:

Amts-, Organ- und Dienstnehmerhaftpflicht

Polizzenummer: 48-G646.689-J

Amtshaftung, Organhaftung, KFZ-Schaden, Personenschaden

Schadenersatzverpflichtungen des Versicherungsnehmers aus der Privat- und Sporttätigkeit gemäß den Allgemeinen Bedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHVB 2005 idF 2012) und der Ziffer 15 des Abschnittes B der Ergänzenden Allgemeinen Bedingungen für die Haftpflichtversicherung (EHVB 2005 idF 2012) mit einer Pauschalversicherungssumme von EUR 1.000.000,- pro Schadenereignis für Personen- und Sachschäden.

Der Versicherungsschutz bezieht sich in Ergänzung der AVBO und OVB auch auf grenzüberschreitenden Einsätze bzw. sonstige Dienstaufträge der Versicherten in allen Staaten der Erde, ausgenommen USA, Kanada und Australien.

Bei Ende des Versicherungsvertrages ist eine Nachhaftung von 5 Jahren gegeben.

Bei Pensionierung oder Ausscheiden aus dem Dienst gilt unbegrenzte Nachdeckung als vereinbart.

Mitversichert gilt auch die dienstliche Haltung bzw. Verwendung von Tieren.

Der Versicherungsschutz umfasst auch grobe Fahrlässigkeit!

Die Versicherungspolizze 48-G646.689-J ist jederzeit über die Homepage www.voeb-eccher.at oder über ihren Personalvertreter ersichtlich.

Jahresprämie (inkl. Steuern):

Versicherungssumme € 50.000,00 € 100.000,00
 € 15,- € 30,-

Gewerkschaftsmitglied: ja nein

Für Gewerkschaftsmitglieder verdoppelt sich die Versicherungssumme!

Dienstunfallversicherung

Polizzenummer: 78-P526.398

Versicherungssumme pro Person: € 25.000 für Unfall-Invaliditäts-Vollschutz

Wir bezahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn der durch den versicherten Unfall festgestellte Invaliditätsgrad 50% erreicht oder übersteigt. Unter 50% erfolgt keine Leistung

Feststellung des Invaliditätsgrades 1 Jahr nach dem Unfallereignis. € 5.000 für Unfalltod - Unverzügliche Unfallmeldung notwendig. Der Weg vom und zum Dienstort ist nicht versichert

Jahresprämie: € 5,-

Örtlicher Geltungsbereich:

Der Versicherungsschutz gilt örtlich in Österreich und auch auf grenzüberschreitende Einsätze bzw. sonstige Dienstaufträge der Versicherten in Europa. Der Versicherungsschutz gilt jedoch nicht für Auslandseinsätze im Rahmen des KIOP Kontingentes!

Versicherungszeitraum: 01.01.-31.12. des jeweiligen Kalenderjahres (Die Versicherung ist jährlich kündbar!)

FAMILIENNAME	VORNAME	TITEL
STRASSE, HAUSNUMMER		GEB.-DATUM
PLZ, ORT		DIENTSGEBER

Ich möchte bei der Gruppenversicherung Polizzenummer 48-G646.689-J, 78-P526.398 für die **Dienstnehmer des Bundesministeriums für Landesverteidigung** mitversichert werden. Das Inkasso erfolgt über ein Sepa-Mandat

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT
------------	--------------

Versicherer: Wv. Städtische Versicherung AG, Vienna Insurance Group, Schottenring 30, 1010 Wien

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (ERMÄCHTIGUNG)

Zahlungsempfänger	VÖB Eccher Ges.m.b.H Keesgasse 3 8010 Graz registriert beim Handelsgericht Graz unter FN 46145 k, DVR 0761613
Creditor-ID	AT28ZZZ00000006901

Ich/Wir ermächtige/n die VÖB Eccher Ges.m.b.H, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die VÖB Eccher Ges.m.b.H, 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.

Amts-, Organ- und Dienstnehmerhaftpflicht

Polizzennummer: 48-G646.689-J bzw. 78-P526.398 für die Dienstnehmer des Bundesministeriums für Landesverteidigung Österreich.

FAMILIENNAME	VORNAME	TITEL
STRASSE, HAUSNUMMER		GEB.-DATUM
PLZ, ORT		

IBAN
BIC

ORT, DATUM	UNTERSCHRIFT
------------	--------------

Datenschutzerklärung

Wir übernehmen Aufträge ausnahmslos unter Zugrundelegung unserer Allgemeinen Geschäftsbedingungen – welche jederzeit unter www.voeb-eccher.at/agb/ einseh- und abrufbar sind.

Der Versicherungskunde beauftragt den Versicherungsmakler, dass seine personenbezogenen Daten (insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer und E-Mail) zur persönlichen Kontaktaufnahme und zur Erfüllung des übernommenen Auftrages per Post, elektronischer Post (E-Mail) und Telefon verarbeitet und verwendet werden. Dieser Auftrag erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich oder per E-Mail mit Wirkung für zukünftige Verarbeitungen widerrufen werden.

Informationen zum Datenschutz sind der Datenschutzerklärung zu entnehmen – jederzeit einsehbar unter <https://voeb-eccher.at/datenschutzerklaerung/>

FAMILIENNAME	VORNAME	TITEL	GEB.-DATUM
ORT, DATUM		UNTERSCHRIFT	

Die abgebuchte Prämie gilt als Deckungsnachweis. Es wird keine Polizza erstellt.