

## ÄNDERUNGSANTRAG

Zusatzdeckung -\*Firmen-Rechtsschutz-Versicherung

**OPTIMAL-SCHUTZ für FRANCHISENEHMER**

**AUSGLEICHANSPRUCH - & INVESTITIONERSATZ-VERSICHERUNG**

# Franchising

nach den ARB 2019 der Zürich Versicherung AG

**Vermittler:**

IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH,  
1010 Wien, Börsegasse 9

Tel.: +43 1 503 62 33, Fax: +43 1 503 62 33 10, E- Mail: office@irm-broker.com

**Versicherer:**

Zürich Versicherung AG  
Schwarzenbergplatz 15  
1010 Wien

**Aufsichtsbehörde:**

Finanzmarktaufsicht, A- 1020 Wien, Praterstraße 23

**HINWEIS**

\*Firmen-Rechtsschutz-Versicherung

ist bereits vorhanden

wird nicht gewünscht

bitte um ein Angebot

X \_\_\_\_\_

Firmenstempel / Unterschrift

## Welche Daten benötigen wir von Ihnen und was machen wir damit gemäß der EU-DSGVO

### Was wir benötigen:

Um Ihren Antrag auf eine Ausgleichsanspruch-Versicherung an die Zürich Versicherung AG weiterleiten zu können benötigen wir die Grunddaten wie Name/Firmenname; Postanschrift der Firma sowie des genauen Standorts für den Sie Versicherungsschutz begehren Betrieb/Filiale; eine Telefon-/Mobil-Nummer und zur elektronischen Zustellung der Versicherungsscheine/Polizzen etc. eine aktuelle E-Mail Adresse. Auf Freiwilligenbasis ist es vorteilhaft, wenn wir auch Ihre private Anschrift/Telefon-/Mobil-Nummer und E-Mail Adresse haben, da wir sonst nach Betriebsauflösung nicht mehr mit Ihnen in Kontakt treten können.

Für den Prämienzahlungswunsch per Bankeinzug ist es erforderlich, dass Sie uns das beigefügte SEPA-Lastschriftmandat mit Ihren Bankdaten und von Ihnen unterschrieben anvertrauen.

### Was wir damit machen:

Wenn wir von Ihnen die erforderlichen Daten für die Antragsstellung erhalten, legen wir Sie als Kunde in unserem Datenverarbeitungssystem an und leiten den Antrag, vollständig mit Ihren Angaben, ausschließlich an die Zürich Versicherung AG weiter. Bei Antragsannahme werden Sie als neuer Kunde auch in deren Datenverarbeitungssystem eingetragen. Die Zürich Versicherung AG erstellt in Folge die Vertragsnummer/Polizzen-Nummer. Nach Eingang und Kontrolle der Dokumente **erhalten Sie Ihren Vertrag/Polizze und Abrechnung elektronisch** von der IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH.

### Informationen und Newsletter

Nach Ihrer Anmeldung und Bestätigung zu unserem Newsletter tragen wir Ihre Daten, nämlich [Namen, E-Mail-Adresse und Telefonnummer] in unser E-Mail-Service Brevo ein zum Zweck [der Zusendung von Jahres- & Branchen-Informationen und Newslettern zu Versicherungsprodukten]. *(Ihre Zustimmung dazu können Sie selbstverständlich jederzeit widerrufen)*

### Wenn Ihr Antrag über einen Fremd-Vermittler/ -Makler Ihrer Wahl zu uns kommt:

Die Ausgleichsanspruch-Versicherung ist ein Exklusivprodukt der IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH. und darf auch nur von dieser beantragt werden. Wenn wir Ihren Antrag über einen Fremd-Vermittler/-Makler erhalten wird auch dieser Ihre Daten wahrscheinlich elektronisch verarbeiten, wie entzieht sich jedoch völlig unserer Kenntnis. **Sie erhalten** in Folge **Ihren Versicherungsschein/Polizze und Abrechnung elektronisch über Ihren Vermittler** oder auf Ihren Wunsch auch gerne direkt von der IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH.

---

Ich bestätige, dass ich diese Informationen zur Datenverarbeitung gemäß der EU-DSGVO gelesen und verstanden habe. **Ich weiß, dass ohne meiner Zustimmung kein Vertrag zustande kommen kann.**

X \_\_\_\_\_  
(Datum)

X \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Börsegasse 9 | 1010 Wien | Austria  
Tel.: +43 1 503 62 33  
Mail: [office@irm-broker.com](mailto:office@irm-broker.com)  
Web: [www.irm-broker.com](http://www.irm-broker.com)

## Beratungs- Auftragserteilung-Protokoll

Datum: \_\_\_\_\_

---

### Personenbezogenen Daten des Klienten:

Name/Firma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Firmenbuch-Nr.: \_\_\_\_\_

**Kunde ist:**                      Konsument                      Unternehmer

**Erstkontakt durch:**        Kunde                              IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH

---

**Bisherige Betreuung und weiterhin durch:**

---

### Einzelauftrag mit Bezug auf:

Ausgleichsanspruch-Versicherung für Tankstellen und Franchiseunternehmen

Firmenrechtsschutz für Tankstellen und Serviceunternehmungen

erfolgt die Betreuung durch die **IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH**.

***Eine darüberhinausgehende Auftragserteilung wird nicht gewünscht und ist daher ausgeschlossen. Es besteht keine Haftung für alle nicht beantragten und nicht übernommenen Aufträge.***

---

### Gesetzliche Informationspflichten:

**Register-Eintragung:**    Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, Stubenring 1, 1010 Wien  
(Überprüfungsmöglichkeit für Kunden)    [www.gisa.gv.at/versicherungsvermittlerregister](http://www.gisa.gv.at/versicherungsvermittlerregister)

**Beschwerdestelle:**        Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, Stubenring 1, 1010 Wien  
(außergerichtliche Streitbeilegung)        [www.bmdw.gv.at](http://www.bmdw.gv.at)

***Die IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH ist weder an einem Versicherungsunternehmen beteiligt, noch besteht eine Beteiligung eines Versicherungsunternehmens am Versicherungsmakler.***

---

### Datenverarbeitung gemäß der EU-DSGVO:

Der Versicherungskunde nimmt zur Kenntnis, dass es im Rahmen der Auftragserfüllung bzw. zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen des Versicherungsmaklers zur (automationsunterstützten) Verarbeitung und Erfassung von personenbezogenen Daten im Sinne der DSGVO kommt. „Personenbezogene Daten“ sind alle Informationen die sich auf identifizierte oder identifizierbare natürliche Personen beziehen, beispielsweise Name, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht, Telefonnummer, KFZ-Kennzeichen, Gesundheitsdaten oder auch die Polizzennummer.

X \_\_\_\_\_  
(Datum)

X \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

## VOLLMACHT

Hiermit bevollmächtige ich die

### **IRM Versicherungsmakler und Beratungs GmbH**

zur Vertretung meiner Versicherungsinteressen bezüglich der  
**Ausgleichsanspruch- & Investitionsersatz-Versicherung.**

Diese Vollmacht gilt insbesondere zum Abschluss, Novation, Änderung, Kündigung und zur Verlängerung von Versicherungsverträgen sowie zur Regulierung von Schadenfällen. Die IRM Versicherungsmakler und Beratungs GmbH wird daher in meinem Namen und meinem Auftrag der vom jeweiligen Versicherungsunternehmen geforderten Schriftform bei Vertragserklärung, ausgenommen bei Angaben zu Gesundheitsfragen, entsprechen.

Diese Vollmacht hat unbefristete Gültigkeit. Sie erlischt im Fall der Lösung unserer Geschäftsverbindung oder schriftlichen Widerrufs des Vollmachtgebers.

Alle bisherigen Vertretungsvollmachten Dritter in Versicherungsangelegenheiten der Ausgleichsanspruch-Versicherung habe ich mit gleicher Wirkung außer Kraft gesetzt.

.....  
Ort

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

Vor- und Zuname/Firmenname: .....

Adresse: .....

Geburtsdatum/Firmenbuch-Nr.: .....

## Einwilligung für die Datennutzung gemäß der EU-DSGVO

**Ich stimme zu, dass meine persönlichen Daten, nämlich [Name, Firma, Betriebsart, Adresse, Bankverbindung, Telefonnummer und E-Mail-Adresse] zum Zweck [der Zusendung von Informationen und Newslettern zu Versicherungsprodukten, Vollmachten, Angeboten, Anträgen und Polizzen] verarbeitet werden und an die IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH zum Zweck [der Zusendung von Informationen und Newslettern zu Versicherungsprodukten, Vollmachten, Angeboten, Anträgen und Polizzen]; und an das Polizzen ausstellende Versicherungsunternehmen zum Zweck [der Ausstellung Ihrer Polizze(n)]; und an unser E-Mail-Service Brevo zum Zweck [der Zusendung von Informationen und Newslettern zu Versicherungsprodukten] übermittelt werden.**

---

**Diese Zustimmung kann ich jederzeit unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen [mittels Brief / telefonisch / per E-Mail an Herrn Karl Frauendorfer / Börsegasse 9 / 1010 Wien / Tel: +43 680 128 80 60 / E-Mail: [k.frauendorfer@irm-broker.com](mailto:k.frauendorfer@irm-broker.com)] widerrufen.**

---

**Ich bestätige, dass ich die Einwilligung für den Datenschutz gelesen und verstanden habe.**

x

(Datum)

x

(Unterschrift)

## PRÄMIENGESTALTUNG zu den einzelnen VARIANTEN

	Grunddeckung	Lebensmittelhandel-Zusatzpaket
Streitwert bis € 300.000,--	monatlich € 155,00 brutto	monatlich € 40,00 brutto
Streitwert bis € 350.000,--	monatlich € 186,00 brutto	monatlich € 47,00 brutto
Streitwert bis € 450.000,--	monatlich € 256,00 brutto	monatlich € 54,00 brutto
Streitwert bis € 500.000,--	monatlich € 297,00 brutto	monatlich € 61,00 brutto

Übersteigen die Gesamtansprüche des Versicherungsnehmers die jeweilige Streitwertgrenze besteht kein Versicherungsschutz.

### Versicherungssummen

**bis € 160.000,00** für Anwalts- und Gerichtskosten pro Versicherungsfall

**bis € 5.400,00** für außergerichtliche Durchsetzung des der Höhe nach strittigen Ausgleichsanspruches/ Investitionsersatzes durch einen Rechtsvertreter, sofern dadurch der Versicherungsfall ohne gerichtliches Verfahren endgültig beendet ist.  
Im Rahmen dieser Summe übernimmt der Versicherer die Kosten außergerichtlicher Gutachten, sofern der Versicherungsfall nicht gerichtlich ausgetragen werden muss und damit endgültig beendet ist.

**bis € 350,00** für die Kosten mündlicher Rechtsauskunft durch einen vom Versicherer ausgewählten Rechtsanwalt sowie ein erstmaliges Anwaltsschreiben

### Versicherungsbeginn

Datum des Einlangens des Antrags bei IRM Versicherungsmakler & Beratungs GmbH, 1010 Wien, Börsegasse 9; Vertragsdauer 10 Jahre mit automatischer Verlängerung um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht 3 Monate vor Ablauf gekündigt wird.

**Änderungsantrag: AUSGLEICHANSPRUCH - VERSICHERUNG FÜR FRANCHISENEHMER**  
gemäß ARB 2019 mit Abweichung laut Rahmenvereinbarung mit Wertanpassung

**Prämie:** Prämie unrabattiert

**Filiale 1**

**Polizzen - Nr.** \_\_\_\_\_

Optimal-Schutz    bis € 300.000,--    bis € 350.000,--    bis € 450.000,--    bis € 500.000,--    Lebensmittelhandel-Zusatzpaket

**Prämie:** 10% Rabatt auf die Prämie

**Filiale 2**

**Polizzen - Nr.** \_\_\_\_\_

Optimal-Schutz    bis € 300.000,--    bis € 350.000,--    bis € 450.000,--    bis € 500.000,--    Lebensmittelhandel-Zusatzpaket

**Prämie:** 20% Rabatt auf die Prämie

**Filiale 3**

**Polizzen - Nr.** \_\_\_\_\_

Optimal-Schutz    bis € 300.000,--    bis € 350.000,--    bis € 450.000,--    bis € 500.000,--    Lebensmittelhandel-Zusatzpaket

**Prämie:** 20% Rabatt auf die Prämie

**Filiale 4**

**Polizzen - Nr.** \_\_\_\_\_

Optimal-Schutz    bis € 300.000,--    bis € 350.000,--    bis € 450.000,--    bis € 500.000,--    Lebensmittelhandel-Zusatzpaket

**Prämie:** 20% Rabatt auf die Prämie

**Filiale 5**

**Polizzen - Nr.** \_\_\_\_\_

Optimal-Schutz    bis € 300.000,--    bis € 350.000,--    bis € 450.000,--    bis € 500.000,--    Lebensmittelhandel-Zusatzpaket

**Sepa Lastschrift**

monatlich

jährlich

**Alle Vereinbarungen aus der bzw. den Vorpolizze(n) bleiben unverändert bestehen.**

Vermittler Nr.: 1859340  
1859544

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragsstellers

## SEPA Lastschriftmandat

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Zahlungsempfänger  
Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft  
Schwarzenbergplatz 15  
1010 Wien  
Creditor-ID: AT33ZZZ00000005065

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Zürich Versicherungs Aktiengesellschaft, Zahlungen von meinem/unserem Konto (Zeichnungsberechtigten) mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich wir/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschrift einzulösen. Ich kann /Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

### KontoinhaberIn

Als Zahlungspflichtige/r (Debtor) gelten für mich die Bedingungen unter "Prämienzahlung / Gebühren/ Aufwandsatz" betreffend Prämienzahlung mit SEPA-Lastschrift sowie bei Nichtzahlung Abgeltung von Mehraufwendungen und Gebühren - auch wenn ich nicht VersicherungsnehmerIn bin.

Herr  Frau  Gruppe  Firma

\_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname, Firmenwortlaut nach Firmenbuch

\_\_\_\_\_  
Adresse (Gasse, Platz bzw. Ort ohne Straßenbezeichnung), Nr./Stiege/Stock/Tür      Postleitzahl, Ort, Straße

\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
BIC

X \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift KontoinhaberIn