

Institut Kynische Lebensversicherungs-AG Wien

Institut für Angewandten Kynismus * Messenhausergasse 9/31 * A-1030 Wien * T+F: (+43-1) 7122011 * e: iac@innocent.com

Ihr ganz persönlicher Antrag auf Lebensversicherung -- >>Sicheres Leben<<

Angaben zur Person (bitte deutlich und leserlich, möglichst in Blockschrift oder mit Schreibmaschine ausfüllen)

Name (Vor- und Zuname, Geburtsname)		Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Ordentlicher Wohnsitz (Stichtag 1.11.2000)	
Anschrift (Straße, Hausnummer, Stiege, OG, Türnummer, Postleitzahl, Ort, Staat, Kontinent)		
Telefon (Büro, privat)	Fax (Büro, privat)	2. Handy
eMail-Adresse	Homepage (URL)	am besten zu erreichen über

Bitte haben Sie dafür Verständnis, daß wir, falls es Rückfragen zu Ihren Angaben gibt, Ihre Anfrage nur bearbeiten können, wenn Sie uns eine eMail-Adresse angeben, unter der Sie zu erreichen sind. - Vielen Dank.

Beruf	Geschlecht (zutreffendes bitte ankreuzen, auch mehrfach) <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> tierisch <input type="radio"/> unbekannt
-------	--

Versicherungsumfang (bitte deutlich und leserlich, möglichst gewissenhaft und umfassend ausfüllen)

Versicherungsbeginn 2000-11-27	Versicherungsdauer (in Jahrzehnten)	Lebenserwartung (in Worten)
--	-------------------------------------	-----------------------------

Kinder und andere Haustiere im gemeinsamen Haushalt (Nachweise!)

Vor- und Zuname, Geburtsname	Begründung	Sterilisiert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> noch nicht

Folgende Personen und/oder Tiere sollen mitversichert werden

Vor- und Zuname, Geburtsname	Geburtsdatum / Lebensdauer

Raucher? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	HIV infiziert? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Herpes? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	MS (Multiple Sklerose) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Verheiratet? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Schwanger? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> weiß nicht
Falls sich Sicheres Leben nicht einstellt, würde ich einer <i>Genherapie</i> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <i>IVF (In-Vitro-Fertilisation)</i> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <i>Festveranstaltung</i> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein zustimmen.					

<i>Ich wünsche</i> <input type="radio"/> eine persönliche Terminvereinbarung <input type="radio"/> Unterlagen zum Thema Sicheres Leben <input type="radio"/> Anschauungsunterricht <input type="radio"/> bitte senden Sie mir auch künftig Info-Material zu <input type="radio"/> ein Antragsformular für Todesversicherung
--

Es besteht bereits eine Versicherung bei / Leben als	für	warum
--	-----	-------

Mit dem Abschluß dieses Lebensversicherungsvertrages erkenne ich die Allgemeinen Bedingungen der Kynischen Lebensversicherungen an. Ich erkläre, daß der Anspruch erfüllt ist, wenn die Leistung in der vorstehend von mir gewünschten Form gegeben ist. Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Wegfall der für die Versicherung maßgeblichen Voraussetzungen zur Folge haben, unverzüglich dem Institut zu melden (z.B. im Falle einer Sterilisation der/des Versicherten). Die hiermit abgegebenen personenbezogenen Daten werden unter Beachtung des Bundesdatenschutzgesetzes erhoben und elektronisch weiterverarbeitet. Die Angaben sind freiwillig, aber für die Bearbeitung Ihres Antrages und für eine ordnungsgemäße Geschäftgebarung (Freundschaft) notwendig. Ich erkläre weiters, daß ich versichert weiß, daß sexueller Verkehr ohne Verhütungsmittel zwar über den Umweg der Geburt aber doch sicher zu Leben führt. Ich versichere, Andreas Schamanek schadlos zu halten, aus allen Umständen welcher Art auch immer, die aus der Nichtbeachtung der hier getroffenen Vereinbarungen resultieren. Insbesondere werde ich Andreas Schamanek nicht anlässlich von Geburtstagen beschenken - vor allem nicht mit Leben. Auch nehme ich davon Abstand, ihn unnötig zu Geburtstagsfeiern oder anderen sinnlosen Festivitäten einzuladen.

Ich versichere, daß meine Angaben der Wahrheit entsprechen.

Versicherer:

Ort, Datum

Versicherte(r/s):

Für das Institut: Andreas Schamanek