Gruppenvertrag

Ärzte Unfallversicherung

für ÄrztInnen bzw. ZahnärztInnen

ASUF-KD-1-2026 10/2026

ärzteservice

Versichert ist sicherer.

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Antragsteller (versicherte/r Arzt/Ärztin)

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname

SV. Nr. Geb. Datum

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ w ☐ m

Fachrichtung

Zuständige Ärztekammer / Arztnummer

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Telefon Mobil

E-Mail

Zweite versicherte Person

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname

SV. Nr. Geb. Datum

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ w ☐ m

Fachrichtung

Zuständige Ärztekammer / Arztnummer

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Telefon Mobil

E-Mail

Wichtige Angaben zum Vertrag

Beginn Ablauf

Versicherungsdauer: 10 Jahre Laufzeit
Das Versicherungsverhältnis wird automatisch um 1 weiteres (Kalender) Jahr verlängert, wenn der Vertrag nicht rechtzeitig vor Ablauf gekündigt wird.

Nur vom Versicherungsmakler und Vermittler auszufüllen

Name Versicherungsmakler

Vermittlernummer

Versicherungssumme/Prämie

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Antragsteller			Zweite versicherte Person			Kinder		
	Versicherungssumme	Prämie je € 1.000,-	Prämie	Versicherungssumme	Prämie je € 1.000,-	Prämie	Versicherungssumme	Prämie je € 1.000,-	Prämie
Dauerinvalidität 400%	€	€ 2,170	€	€	€ 1,170	€	€	€ 0,770	€ .....
Unfalltod	€	€ 0,671	€	€	€ 0,671	€	€	€ 0,416	€ .....
Unfallrente je 100 €	€	€ 13,377	€	€	€ 13,377	€	€	€ 5,398	€ .....
Privatarzt/-klinik	☐ ja ☐ nein	€ 50,00	€	☐ ja ☐ nein	€ 50,00	€	☐ ja ☐ nein	€ 50,00	€ .....
		Gesamtprämie	€		Gesamtprämie	€		Prämie pro Kind	€ .....
								Gesamtprämie Kinder (Prämie pro Kind mal Anzahl)	€ .....

Gliedertaxe Med für die zweite versicherte Person

Prämienberechnung mit denselben Prämiensätzen wie der Antragssteller (nur möglich, wenn PartnerIn ebenfalls Zahn- oder HumanmedizinerIn ist) ☐ ja ☐ nein

Maximale Versicherungssummen:

Dauerinvalidität: EUR 250.000,00
Unfallrente: EUR 500,00*
Unfalltod: EUR 1.000.000,00
Unfalltod Kinder: EUR 15.000,00

* Höhere VS auf Anfrage hinzufügen

Summe Gesamtjahresbeitrag aller versicherten Personen:

EURO

Zahlweise: ☐ jährlich ☐ vierteljährlich (nur mit Einzugsermächtigung)

Für den Inhalt verantwortlich: Janitos Versicherung AG

Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation • A-1090 Wien • Ferstelgasse 6 • Tel. 0810/966110 • Fax 0810/966120 • office@aerzteverein.at • www.aerzteverein.at • ZVR: 999804781

Mitversicherte Kinder

In häuslicher Gemeinschaft lebende Kinder gelten bei Beantragung und entsprechender Prämienzahlung mitversichert (siehe Pkt. 2.1). Genaue Angaben zu den Kindern sind auf der letzten Seite zu machen. Die Gesamtprämie Kinder ist gleich die Prämie pro Kind mal Anzahl der Kinder.

Gesundheitsfragen Antragsteller

Zutreffendes bitte ankreuzen

1

Größe cm Gewicht kg

2 Leiden Sie derzeit bzw. litten Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Erkrankungen, Beschwerden oder hatten Sie Operationen:

- des Herzens bzw. der Kreislauforgane ☐ ja ☐ nein
- des Gehirns, des Nervensystems oder der Psyche ☐ ja ☐ nein
- des Stoffwechselsystems oder der Drüsen ☐ ja ☐ nein
- Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen ☐ ja ☐ nein

3 Besteht eine gesundheitliche Einschränkung bzw. Erkrankung? Wenn ja, seit wann? Ursache? ☐ ja ☐ nein

4 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein

5 Haben Sie bereits Unfälle mit Dauerfolgen erlitten? ☐ ja ☐ nein

6 Sind Sie in Ihrer Freizeit/bei der Sportausübung besonderen Gefahren ausgesetzt , wie z.B. Extrembergsteigen, Bungee-Jumping, Canyoning, Rafting, Free-Climbing, Motorsport, Kampfsportarten, Schwerathletik? ☐ ja ☐ nein

7 Üben Sie beruflich oder entgeltlich eine Sportart aus? Sind Sie SportlerIn in einem Verein, der einer der beiden höchsten nationalen Leistungsklassen angehört oder SportlerIn in einem ausländischen Verein? ☐ ja ☐ nein

8 Besteht für das beantragte Risiko bereits eine Unfallversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen (Pol.nr., Versicherungsunternehmen, - summe)? ☐ ja ☐ nein

9 Ist das beantragte Risiko von anderen Versicherungsunternehmen bereits abgelehnt, gekündigt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (Pol.nr., Versicherungsunternehmen, Begründung)? ☐ ja ☐ nein

Details (Falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

Der Antragsteller und die versicherten Personen sind gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die Antragsfragen richtig u. vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Risikoverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Datum Unterschrift

Bezugsrecht Antragsteller

Zutreffendes bitte ankreuzen

Bezugsberechtigt im Ablebensfall (Vor- und Zuname)

☐ die zweite versicherte Person
☐ die gesetzlichen Erben

Geb. Datum

Gesundheitsfragen zweite versicherte Person

Zutreffendes bitte ankreuzen

1

Größe cm Gewicht kg

2 Leiden Sie derzeit bzw. litten Sie in den letzten 10 Jahren an einer der folgenden Erkrankungen, Beschwerden oder hatten Sie Operationen:

- des Herzens bzw. der Kreislauforgane ☐ ja ☐ nein
- des Gehirns, des Nervensystems oder der Psyche ☐ ja ☐ nein
- des Stoffwechselsystems oder der Drüsen ☐ ja ☐ nein
- Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen ☐ ja ☐ nein

3 Besteht eine gesundheitliche Einschränkung bzw. Erkrankung? Wenn ja, seit wann? Ursache? ☐ ja ☐ nein

4 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? ☐ ja ☐ nein

5 Haben Sie bereits Unfälle mit Dauerfolgen erlitten? ☐ ja ☐ nein

6 Sind Sie in Ihrer Freizeit/bei der Sportausübung besonderen Gefahren ausgesetzt , wie z.B. Extrembergsteigen, Bungee-Jumping, Canyoning, Rafting, Free-Climbing, Motorsport, Kampfsportarten, Schwerathletik? ☐ ja ☐ nein

7 Üben Sie beruflich oder entgeltlich eine Sportart aus? Sind Sie SportlerIn in einem Verein, der einer der beiden höchsten nationalen Leistungsklassen angehört oder SportlerIn in einem ausländischen Verein? ☐ ja ☐ nein

8 Besteht für das beantragte Risiko bereits eine Unfallversicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen (Pol.nr., Versicherungsunternehmen, - summe)? ☐ ja ☐ nein

9 Ist das beantragte Risiko von anderen Versicherungsunternehmen bereits abgelehnt, gekündigt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen worden (Pol.nr., Versicherungsunternehmen, Begründung)? ☐ ja ☐ nein

Details (Falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

Der Antragsteller und die versicherten Personen sind gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die Antragsfragen richtig u. vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Risikoverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Datum Unterschrift

Bezugsrecht zweite versicherte Person

Zutreffendes bitte ankreuzen

Bezugsberechtigt im Ablebensfall (Vor- und Zuname)

☐ der Antragsteller
☐ die gesetzlichen Erben

Geb. Datum

Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation • A-1090 Wien • Ferstelgasse 6 • Tel. 0810/966110 • Fax 0810/966120 • office@aerzteverein.at • www.aerzteverein.at • ZVR: 999804781

1. Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation, Ferstelgasse 6, A-1090 Wien

2. Versicherte Personen/Dauer Versicherungsschutz

2.1 Versicherte Personen sind die mit ausdrücklicher schriftlicher Erklärung diesem Vertrag beigetretenen Ärzte/Ärztinnen und StudentInnen der Human- und Zahnmedizin sowie Dentisten (im folgenden Antragsteller), und deren angeführte EhepartnerIn/LebensgefährtIn und deren Kinder bis zum vollendeten 20. Lebensjahr, sofern diese mit ausdrücklicher, schriftlicher Erklärung dem Vertrag beigetreten sind. Kinder gelten bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres versichert, wenn sie noch in Ausbildung sind sowie keinen eigenen Haushalt besitzen und über kein regelmäßiges Einkommen verfügen. Ein Wohn- sitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt und eine Lehrlingsent- schädigung gilt nicht als eigenes Einkommen.

2.2 Sofortschutz: Versicherungsschutz besteht unter der Voraussetzung der späteren Annahme ab dem Zeitpunkt, zu dem diese Beitrittserklärung beim Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation oder bei der ÄrzteService Dienstleistung GmbH eingelangt ist und von diesen Deckung mittels Deckungsbestätigung schriftlich bestätigt wurde bzw. nicht binnen 5 Tagen ausdrücklich widersprochen wurde.

2.3 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt im beruflichen und privaten Bereich.

2.4 Der Versicherungsschutz endet

- mit erklärtem Austritt, Streichung oder Kündigung einer oder mehrerer versicherter Personen aus dem Gruppenvertrag durch den Antragsteller; jedenfalls mit erklärtem Austritt, Streichung oder Kündigung des Antragstellers für alle versicherten Personen.
- bei Beendigung dieses Gruppenvertrages.
- mit einer ausgesprochenen Kündigung gem. § 158 VersVG durch den Versicherer, den Antragsteller oder durch den Versicherungsnehmer.
- mit Austritt des Antragstellers aus der Ärztekammer bzw. Zahnärztekammer für alle versicherten Personen gemäß Pkt. 2.1 zur nächsten Haupt- fälligkeit.

3. Der Versicherer

Der Versicherer dieses Gruppenvertrages ist die Janitos Versicherung AG, Postfach 104169, 69031 Heidelberg.

Aufsichtsbehörde: FMA Österreichische Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien sowie

die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BAFin), Graurheindorferstraße 108, 53117 Bonn.

4. Versichertes Risiko und Vertragsgrundlagen

Versichert gelten die namentlich genannten, dem Gruppenvertrag beigetretenen Personen.

Vertragsgrundlagen sind neben dem VAG und dem VersVG in der jeweils gültigen Fassung die Versicherungsbedingungen und Informationen für die Janitos Gruppenunfallversicherung Österreich (JGUV) für den Verein ÄrzteService und ÄrzteInformation / Ärzteservice Dienstleistung GmbH, Stand 12/2020 BNr 070242

5. Gerichtsstand/Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Zwingende österreichische Verbraucherschutzvorschriften sind zu Ihren Gunsten auch für diesen Vertrag gültig.

6. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

6.1 In folgenden Fällen entscheidet die Ärztekommission:

- Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen.
- Meinungsverschiedenheiten darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zu- rückzuführen ist.
- Meinungsverschiedenheiten über die Beeinflussung der Unfall- folgen durch Krankheit oder Gebrechen.
- Meinungsverschiedenheiten im Fall der Neubemessung der Invalidität 6.2 In den Fällen der unter 6.1 aufgeführten und der Ärztekommission zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten, können Sie innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Er- klärung über die Leistungspflicht unter Bekanntgabe Ihrer Forderungen Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommission beantragen.

6.3 Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommission zu beantragen, steht auch uns zu.

6.4 Für die Ärztekommission bestimmen Sie und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Ver- tragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz der versi- cherten Person zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärz- te gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sach- verständiger durch die für den Wohnsitz der versicherten Person zu- ständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

6.5 Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

6.6 Die Ärztekommission hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinhaltung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforder- lich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

6.7 Die Kosten der Ärztekommission werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von Ihnen und uns zu tragen. Im Fall der Neubemessung der trägt die Kosten, wer die Neubemessung verlangt hat. Der Anteil der Kosten, den Sie zu tragen haben, ist mit 5 Prozent der für den Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 Prozent des strittigen Betrages, begrenzt.

7. Unmittelbarer Vertragspartner

Unmittelbarer Vertragspartner des Versicherers ist der Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation. Mit ihm erfolgt rechtsgültig sowohl für den Versicherer als auch für alle Versicherten der gesamte Schriftverkehr. Weiters erfolgen durch den Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation alle Anzeigen, Erklärungen und Zahlungen, die den vorliegenden Versicherungsvertrag betreffen. Der Antragsteller/Versicherte bzw. die mitversicherten Personen können über sämtliche Rechte aus dem Versicherungsvertrag ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers verfügen und diese auch gerichtlich geltend machen. Ebenfalls steht dem Versicherten das paritätische Kündigungsrecht gemäß § 158 VersVG zu. Ebenso treffen den Versicherten auch die Obliegenheiten des Versicherungsnehmers sinngemäß; siehe § 78 VersVG.

8. Information zur Prämienzahlung

Die Beiträge sind Jahresbeiträge inkl. Versicherungssteuer. Der Erstbeitrag (gemäß § 38 VersVG) ist innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Deckungsbestätigung zu bezahlen. Er wird in vollen Monaten bis zur nächsten Prämienfälligkeit berechnet, wobei angefangene Monate (siehe Sofortschutz gemäß Pkt. 2.2.) bei der Berechnung nicht berücksichtigt werden.

Bei Zahlung mittels Einzugsermächtigung (bei vierteljährlicher Zahlweise obligatorisch) wird die Folgeprämie (gemäß § 39 f VersVG) 5 Arbeitstage vor Fälligkeit abgebucht. Bei Zahlung mittels Zahlschein (nur bei jährlicher Zahlweise möglich) erhalten Sie jeweils Mitte Dezember einen entsprechenden Zahlschein für das darauf folgende Versicherungsjahr. Der Versicherungsschutz erlischt, wenn der auf dem Zahlschein ausgewiesene Folgebeitrag nicht innerhalb von 30 Tagen ab Zustellung auf das angegebene Konto einbezahlt wird.

9. Kündigung Versicherungsvertrag

Ein Austritt aus dem Vertrag ist - unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist - jederzeit zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich möglich, frühestens nach Ablauf von drei vollen Kalenderjahren. Die entsprechende Willenserklärung zur Kündigung ist mittels Brief, Telefax oder E-Mail an den Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation zu richten.

Für den Inhalt verantwortlich: Janitos Versicherung AG

Mitversicherte Kinder

Vor- und Zuname

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ w ☐ m

Geb. Datum

Vor- und Zuname

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ w ☐ m

Geb. Datum

Vor- und Zuname

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ w ☐ m

Geb. Datum

Vor- und Zuname

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ w ☐ m

Geb. Datum

Vor- und Zuname

Zutreffendes bitte ankreuzen ☐ w ☐ m

Geb. Datum

Für mitversicherte Kinder müssen keine Gesundheitsangaben gemacht werden.

Datenschutz

Für die Bearbeitung dieses Antrages ist eine Verarbeitung (Speicherung und Übermittlung) personenbezogener Daten des Antragstellers erforderlich. Diese unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen der DSGVO sowie des DSG.

Dem Antragsteller wird gesondert eine Datenschutzerklärung übermittelt, diese kann auch jederzeit online unter https://www.aerzteservice.com/ abgerufen werden.

Zusätzliche Informationen

SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Zahlungsempfänger:
Verein für Ärzteservice und Ärzteinformation,
Verwaltungsadresse: Ferstelgasse 6, 1090 Wien,
ZVR: 999804781

Creditor-ID AT35ZZZ00000017930

Ich/Wir ermächtige/n den Verein für Ärzteservice und Ärzteinformation, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Verein für Ärzteservice und Ärzteinformation 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.

Kontoführende Bank / Name

Kontoführende Bank / Adresse

BIC / SWIFT

IBAN

Kontoinhaber, wenn nicht ident mit Antragsteller

Unterschrift

Beitrittserklärung

Mit heutigem Datum beantrage ich meinen Beitritt zum Gruppenvertrag Unfallversicherung des Vereines für ÄrzteService und ÄrzteInformation und erkläre, dass mir gegenüber eine entsprechende Unfallversicherung von Seiten eines Versicherers bisher weder abgelehnt noch gekündigt wurde.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Datum

Unterschrift des Vermittlers

Für den Inhalt verantwortlich: Janitos Versicherung AG

Schriftliche Einwilligung betreffend Datenschutz

ärzte$ervice

ASEW-KD-1-2026 05/2026

Kundendaten

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die durch mich zur Abwicklung von Anfragen, der Polizzierung und Stornierung von Versicherungsanträgen, Vertragsänderungen jeglicher Art zu Versicherungsverträgen und Schadensabwicklungen übermittelten personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, Vertragsdaten (Art des Vertrages, Versicherungssumme, Laufzeit, etc.), sowie ausdrücklich auch sensible Gesundheitsdaten (Gesundheitsfragebogen, übermittelte Atteste, Krankenstandsbestätigungen, Schadensdaten, etc.) deren Verarbeitung zum Zwecke der Abwicklung des Vertragsverhältnisses, wie insbesondere für die Abwicklung des Versicherungsvertrages bzw. des Maklervertrages, für Bearbeitung von Schadensmeldungen, die Erfüllung sämtlicher Pflichten und Obliegenheiten nach dem VersVG und dem MaklerG, ferner zur Erfüllung steuer- und abgabenrechtlicher Verpflichtungen notwendig und erforderlich ist, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen durch

Ärzteservice Dienstleistung GmbH, FN 291475s, GISA-Zahl 24896917

– nachstehend „**Ärzteservice**" – verarbeitet.

Ärzteservice ist berechtigt, die von mir übermittelten personenbezogenen Daten sowie soweit erforderlich ausdrücklich auch sensible Gesundheitsdaten an Versicherungsanstalten und Versicherungsmakler, mit denen ich über aufrechte Versicherungsverträge verfüge bzw. mit denen ich einen Vertragsabschluss beantrage bzw. in einem sonstigen aufrechten Vertragsverhältnis stehe, zu übermitteln. Weiters ist Ärzteservice berechtigt, beim Versicherer Einsicht in Schadenunterlagen zu nehmen, die für die Bestandspflege des jeweiligen Versicherungsvertrages von Relevanz ist.
Ich nehme zur Kenntnis, dass ohne meine ausdrückliche schriftliche Einwilligung, meine Daten zu verarbeiten und zu übermitteln, das von mir gewünschte Versicherungsverhältnis unter Umständen nicht begründet werden kann oder mein Leistungsfall nicht erfüllt werden kann oder die Ärzteservice ihren Pflichten und Obliegenheiten nach dem VersVG und dem MaklerG nicht nachkommen kann. Ich nehme des weiteren zur Kenntnis, dass dies nicht als vertragliche Nichterfüllung der Ärzteservice gelten würde.

Ich erteile hiermit meine Einwilligung betreffend Datenschutz und bestätige, dass ich die oben angeführten Erklärungen gelesen und deren Inhalt verstanden habe, sodass mir die datenrechtlichen Folgen bewusst sind und ich dagegen keine Einwände erhebe.

Darüber hinaus erteile ich hiermit ausdrücklich die freiwillige Einwilligung zur Nutzung der übermittelten Daten zu folgenden weiteren Zwecken.

Ärzteservice ist berechtigt, die übermittelten personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Vertragsdaten (Art des Vertrages, Versicherungssumme, Laufzeit, etc.), an konzernmäßig verbundene Unternehmen (dies ist die Assepro Versicherungsmakler GmbH) weiter zu übermitteln. Diese sind berechtigt, die Daten ebenfalls zum Zweck der Werbung per E-Mail/Telefon/Fax/SMS/Post für Versicherungs- und Finanzprodukte zu verarbeiten.

☐ ja ☐ nein

Ärzteservice ist berechtigt, zu Werbezwecken regelmäßig per E-Mail/Telefon/Fax/SMS/Post Informationen betreffend Marktentwicklungen, Versicherungsprodukte, Finanzprodukte, Bankprodukte, Immobilienprodukte sowie rechtliche Aufklärungen zu übermitteln („Newsletter").

☐ ja ☐ nein

Die hiermit erteilte Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf kann entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermittelt werden. Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.
Nach den gesetzlichen Bestimmungen stehen darüber hinaus die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu. Gegen eine Verarbeitung von Daten, die gegen das Datenschutzrecht verstößt oder datenschutzrechtliche Ansprüche sonst in einer Weise verletzt, besteht eine Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. In Österreich ist dies die Datenschutzbehörde.

Datum Unterschrift