# Ärzte Betriebsunterbrechungsversicherung



für freiberuflich tätige Ärzte

Für den Inhalt verantwortlich: Helvetia Versicherungen AG

01/2023

Versichert ist sicherer.

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

Versicherte(r) Arzt/Ärztin	BITTE	BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!		
		Zutreffendes bitte ankreuzen		
Titel, Vor- und Zuname	SV. Nr. Geb. Datum			
Fachrichtung	Zuständige Ärztekammer / Arztnummer			
PLZ, Ort (Ordinationsadresse/Risikoadresse)	Straße, Hausnummer			
PLZ, Ort (Wohnadresse)	Straße, Hausnummer			
Telefon Ordination	FAX			
Telefon Mobil	E-Mail			
Wichtige Angaben zum Vertrag				
Beginn Ablauf	Der Versicherungsvertrag ist auf die Dauer von 10 Jahren abgeschlossen. Sofern dies den Bedingungen entspricht, verlängert sich die Laufzeit jeweils um 1 Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einem der Vertragsteile schriftlich gekündigt worden ist.			
Helvetia Versicherungen AG				
Versicherungsgesellschaft	Werbernummer Zutreffendes bitte ankreuzen			
ersetzte Polizze Sparte	fremd eigen Polizzen-Ablauf	Jahresbruttoprämie (alt)		
Nur von Versicherungsmakler und Vermittler auszufüller	1			
Name Versicherungsmakler	Vermittlernummer			
Allgemeine Risikofragen				
Besteht bereits für eines der beantragten Risiken eine Versicherung bei	anderen Unternehmen?	Zutreffendes bitte ankreuzen		
Name der Versicherungsgesellschaft	Risiko	Pol. Nr.		
Versicherungssumme Jahresbruttoprämie	Ablauf			
Name der Versicherungsgesellschaft	Risiko	Pol. Nr.		
Versicherungssumme	Jahresbruttoprämie	Ablauf		
Sind die beantragten Risiken von anderen Versicherungsunternehmen ber gekündigt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen worden?	reits abgelehnt,	Zutreffendes bitte ankreuzen ja nein		
Name der Versicherungsgesellschaft	Risiko	Pol. Nr.		
Begründung				
Vinkulierung/Verpfändung/Abtretung nein	ja zu Gunsten:			

#### Karenzfrist

#### Tarif "Smart"

Zutreffendes bitte ankreuzen

Karenzfrist 3 Tage 7 Tage 14 Tage 21 Tage Verkürzung der Karenzfrist bei Krankenhausaufenthalt

Bei den Smart-Varianten mit einer Karenzfrist von 7 oder mehr Tagen haben Sie die Möglichkeit, die Karenzfrist bei stationärem Krankenhausaufenthalt von mindestens 2 Nächten entfallen zu lassen.

#### Tarif "Clever" (mit Staffelkarenz)

Leistungen vom 4. bis zum 7. Tag der Berufsunfähigkeit 1/3 der Tagesentschädigung, vom 8. bis zum 14. Tag 2/3 der Tagesentschädigung und ab dem 15. Tag die volle Tagesentschädigung. Bei 1 Nacht stationärem Krankenhausaufenthalt entfällt die Karenzfrist.

Entfall der Karenzfrist bei ununterbrochener völliger Arbeitsunfähigkeit von mindestens 42 Tagen 30 % Prämienrückvergütung bei Schadenfreiheit in einem vollen Kalenderjahr

#### **Deckungserweiterung**

- Mit generellem Kündigungsverzicht
- Haftungszeit 24 Monate
- Pandemiedeckung



Helvetia Versicherungen

Für den Inhalt verantwortlich:

17 Besteht eine Schwangerschaft?

Es gilt die Ärzteserice Rahmenvereinbarung 127316.

#### Versicherungssumme = Deckungsbeitrag

Bei erstmaliger Beantragung eines Helvetia BUFT-Vertrages kann ein einmaliger Willkommensbonus in Form einer Einrechnung auf die erste Jahresprämie wiefolg gewährt werden:

Zutreffendes bitte ankreuzen

max. VS 108.000 EUR

bis zu einem Eintrittsalter von 40 Jahren bis 90 % der ersten Jahresprämie

Prämie - Willkommensbonus

- bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren bis 60 % der ersten Jahresprämie
- bis zu einem Eintrittsalter von 50 Jahren bis 30 % der ersten Jahresprämie

#### Versicherungssummen:

#### Tarif - Smart / Clever

Humanärztliche Ordinationen max. VS 500.000 EUR Zahnärztliche Ordinationen und Dentisten max. VS 500.000 EUR Apotheken max. VS 108.000 EUR

Ordinationen von Psychologen (Smart: Karenzfrist mindestens 14 Tage)

Ordinationen von Physio-/Ergotherapeuten, Logopäden, selbstständigen Hebammen

(Smart: Karenzfrist mindestens 14 Tage) max. VS 108.000 EUR

## Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer



Die Prämie unterliegt einer jährlichen Pramienanpassung.

#### Gesundheitsfragen - Angaben zur versicherten Person:

Größe cm Gewicht kg Leiden oder litten Sie an Erkrankungen, Beschwerden oder hatten Sie Operationen: Zutreffendes bitte ankreuzen des Herzens bzw. der Kreislauforgane (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, ja nein Venenentzündungen) der Atmungsorgane (z.B. wiederholte Bronchitis, Asthma) ja nein der Verdauungsorgane, des Magens oder des Darms (z.B. Gastritis, Geschwüre), der Galle ja nein (z.B. Steinleiden), der Leber (z.B. Hepatitis) oder der Bauchspeicheldrüse 4 der Niere, des Harnweges (z.B Steinleiden) ja nein oder der Geschlechtsorgane des Gehirnes, des Nervensystems oder der Psyche (z.B. häufige Kopfschmerzen, Schwindel, Lähmungen, ja nein Epilepsie, Depressionen) der Sinnesorgane (z.B. der Ohren oder der Augen) ja nein des Blutes oder des Immunsystems ja nein (z.B. Infektionskrankheiten, Aids) der Haut oder Schleimhäute (z.B. Allergien) ja nein der Knochen, der Gelenke oder der Bänder (z.B. Wirbelsäule, Ischialgie, Rheuma, Leistenbruch, ja nein Meniskus) 10 des Stoffwechselsystems (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfette) oder der Drüsen ja nein (z.B. der Schilddrüsen) der weiblichen Organe (z.B. der Brust oder ja nein der Unterleibsorgane) 12 Leiden oder litten Sie an Erkrankungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt ja nein Wenn ja, welche? 13 Unfälle, Verletzungen oder Vergiftungen, die eine ärztliche Behandlung erfordern? ja nein Wenn ja, wann? Welcher Art? 14 Sind sie invalid? Wenn ja, seit wann? ja nein Ursache? Welcher Art? 15 Ist eine Operation vorgesehen? ja nein Wenn ja, welche? 16 Oder haben Sie sich einer Entziehungskur unterzogen ja nein oder eine solche geplant?

18	Haben Sie in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum hinweg Medikamente oder Drogen genommen?	
	Wenn ja, welche?	ia nein
	Von wann bis wann?	_,-
	Wieviele?	
19	Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger?	io noin
	Dioptien li re	ja nein
20	Wie groß ist Ihr täglicher Konsum von	
	Alkohol Koffein Nikotin	
21	Erhalten Sie mehr als den bloßen Spesenersatz für bestimmte Sportarten? Wenn ja, bitte um Angabe der Sportart(en)?	ja nein
22	Üben Sie eine der angeführten oder eine andere gefährliche Sportart aus? Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 5/Extrembergsteigen, Bungee-Jumping, Canyoning, Rafting, Free-Climbing, Tauchen mit Mischgas, Motorsport (Autocross, Motocross, Rallyefahren, Motorradfahren), Kampfsportarten, Schwerathletik. Wenn ja, bitte um Angabe der Sportart(en)!	ja nein

Hausarzt: Name / Adresse

Detailinformationen zu den mit "ja" beantworteten Fragen: Grund der Behandlung, Behandlungs-bzw. Nachbehandlungszeitraum, Name und Anschrift des beh. Arztes oder Spitals. Bitte Frage-Nr. und genaue Antwort, sowie Befundkopie beilegen.

Bemerkungen

#### Bestätigung Gesundheitsfragen

Ich bestätige die eigenhändige, korrekte Beantwortung der Gesundheitsfragen

Ort / Datum



ja nein

#### **Der Versicherer:**

Der Versicherer ist die Helvetia Versicherungen AG, Hoher Markt 10 - 11, 1010 Wien. Aufsichtsbehörde: FMA Österreichische Finanzmarkt-aufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

#### Vertragsgrundlagen:

BV 000565 Allgemeine Bedingungen für die Sachversicherungen (ABS) BV 000507 Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz, Novelle 1994 BV 127905 Allgemeine Bedingungen für die Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich und selbstständig Tätige (ABUB), Fassung 2020. Besondere Vertragsbeilagen je nach gewähltem Tarif und Deckungsumfang.

#### **Gerichtsstand / Anwendbares Recht**

Für die aus diesem Versicherungsverhältnis entstehenden Rechtsstreitigkeiten ist ausschließlich das Gericht des inländischen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers zuständig, soweit nicht nach internationalen Übereinkommen ein anderer Gerichtsstand zwingend vorgeschrieben ist. Es ist österreichisches Recht anzuwenden.

#### Hinweise und Erklärungen

- 1. Erklärung für Verbraucher im Sinne des § 1 Konsumentenschutzgesetz: Ich/wir habe(n) einen Antrag zu den behördlich genehmigten Geschäftsgrundlagen gestellt, und bestätige(n), dass hierzu keinerlei Nebenabreden getroffen wurden.
- 2. Ich/wir bestätige(n), dass die nicht beantragten und nicht gekennzeichneten Sparten ausdrücklich von mir/uns nicht gewünscht werden. Über die Rechtsfolgen wurde(n) ich/wir aufgeklärt, insbesondere über die Rechtsfolgen in einem Schadensfall.
- **3.** Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben, auch dann, wenn er dies nicht eigenhändig geschrieben hat. An diesen Antrag hält sich der Antragsteller durch 6 Wochen gebunden.
- **4.** Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Erklärungen gelesen und zur Kenntnis genommen zu habe(n). Mit meiner/unserer Unterschrift werden die Hinweise und Erklärungen zu einem Bestandteil des Antrages. Ich/wir bestätige(n), dass ich/wir eine Zweitschrift dieses Antrags anlässlich der Unterfertigung übernommen habe(n).

#### Schlusserklärung

Bindungsdauer: An diesen Antrag ist der Antragsteller 6 Wochen gebunden. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn bei elektronischer Antragaufnahme auf einem Signaturpad unterschrieben wird.

Verantwortlichkeit für den Antrag: Der Antragsteller und die versicherte(n) Person(en) erklären, dass sie den Antrag richtig, wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt haben. Jeder Gefahrenumstand, nach dem ausdrücklich gefragt wurde, gilt als erheblich. Die Helvetia Versicherungen AG kann bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht gem. §§ 16–22 VersVG (Versicherungsvertragsgesetz) vom Vertrag zurücktreten bzw. diesen anfechten und leistungsfrei sein. Der Vermittler ist nicht berechtigt, verbindliche Erklärungen – insbesondere über die Bedeutung und Erheblichkeit der Fragen an die zu versichernde(n) Person(en) – namens der Helvetia Versicherungen AG abzugeben.

Sonstige Abreden: Es wurden keine mündlichen Abreden getroffen. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, mündliche Erklärungen oder Deckungszusagen für den Versicherer abzugeben.

Schriftform: Zur Wirksamkeit von Kündigungen und Rücktrittserklärungen, Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses, sowie für Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen bedarf es der Schriftform. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ersetzt die eigenhändige Unterschrift nicht.

Geschriebene Form: Für alle anderen Erklärungen und Mitteilungen genügt zu ihrer Wirksamkeit die geschriebene Form (z. B. Telefax oder E-Mail). Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen sind nicht rechtswirksam.

Bei Nichteinhaltung der Formvorschriften kann sich die Helvetia Versicherungen AG auf die Unwirksamkeit der Erklärung aufgrund dieses Formmangels berufen. Wenn sich die Helvetia Versicherungen AG auf die Unwirksamkeit einer nicht in Schriftform abgegebenen Erklärung beruft, so hat sie diese Unwirksamkeit dem Erklärenden gem. § 1 b (2) VersVG unverzüglich mitzuteilen. Der Erklärende hat binnen 14 Tagen

das Recht, diesen Formmangel fristwahrend zu beseitigen.

dem Versicherungsnehmer verrechnet.

Versicherungssteuer: In der Prämie ist die Versicherungssteuer in der jeweils gesetzlichen Höhe inkludiert.

Zuständigkeit bei Beschwerden: Für den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden ist die Finanzmarktaufsicht (FMA), Bereich Versicherungsund Pensionskassenaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, zuständig. Nebengebühren: Dem Antragsteller werden Nebengebühren gem. § 41b VersVG verrechnet, insbesondere Mahnspesen sowie Verzugszinsen im gesetzlich geregelten Ausmaß. Zusätzlicher Verwaltungsaufwand wird

Unterjährige Zahlungsweise: Die Vereinbarung unterjähriger Zahlungsweise (monatlich, viertel- und halbjährlich) beeinträchtigt nicht die Fälligkeit der Jahresprämie. Bei Nichteinhaltung der unterjährigen Zahlungsweise ist die Helvetia Versicherungen AG zur Einforderung der Jahresprämie berechtigt.

Bündelversicherung: Bündelpolizzen bestehen aus Einzelverträgen, die rechtliche Selbstständigkeit besitzen.

Laufzeit: Der Versicherungsvertrag ist auf die vereinbarte Dauer abgeschlossen. Sofern dies den Bedingungen entspricht, verlängert sich die Laufzeit jeweils um ein Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einem der Vertragsteile in Schriftform gekündigt worden ist.

Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz (gilt nur für Verbraucher): Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist berechtigt – sofern der Antrag außerhalb der von der Helvetia Versicherungen AG dauernd benützten Räume unterfertigt wurde – vom Vertrag oder vom Antrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Wirksamkeit der Schriftform. Hat der Antragsteller die geschäftliche Beziehung zum Zwecke der Schließung des Vertrages selbst angebahnt, steht ihm das Rücktrittsrecht nicht zu.

Rücktrittsrecht nach § 3a Konsumentenschutzgesetz (gilt nur für Verbraucher): Der Antragsteller kann binnen einer Woche in Schriftform vom Antrag oder vom Vertrag zurücktreten, wenn für seine Einwilligung maßgebliche Umstände, deren Eintritt als wahrscheinlich dargestellt wurde, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Maßgebliche Umstände sind insbesondere die Aussicht auf steuerliche Vorteile oder die Aussicht auf einen Kredit. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald für den Antragsteller erkennbar ist, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eingetreten sind und er eine Belehrung in geschriebener Form über dieses Rücktrittsrecht erhalten hat. Dieses Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages.

Dieses Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller nicht zu, wenn er wusste oder wissen musste, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten oder wenn der Ausschluss dieses Rücktrittsrechts mit dem Antragsteller individuell vereinbart wurde oder sich die Helvetia Versicherungen AG zu einer angemessenen Anpassung des Vertrages bereit erklärt.

Rücktrittsrecht nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz: Die Helvetia Versicherungen AG weist darauf hin, dass der Antragsteller binnen 2 Wochen vom Vertrag zurücktreten kann, wenn der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich abgibt und er nicht unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung ausgehändigt bekommt, oder wenn der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder die in den §§ 9a und 18b Versicherungsaufsichtsgesetz vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Die Rücktrittsfrist beginnt erst nach Ausfolgung der Polizze zu laufen und erlischt spätestens 1 Monat nach Zugang der Polizze.

Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz: Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so kann er vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen in Schriftform zurücktreten. Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer die Polizze und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung, die in §§ 9a und 18b VAG sowie in den §§ 137 Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind.

Die Helvetia Versicherungen AG weist darauf hin, dass dem Versicherungsnehmer das Rücktrittsrecht nicht zusteht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt außerdem spätestens einen Monat nach dem Zugang der Polizze und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Anzuwendendes Recht: Auf diesen Vertrag ist ausschließlich österreichisches Recht anzuwenden. Ist der Versicherungsnehmer Unternehmer, so wird das für 1010 Wien sachlich zuständige Gericht vereinbart.

#### Datenschutzerklärung

Vorvertragliche Anzeigepflicht: Der Antragsteller und die zu versichernde(n) Person(en) sind gemäß § 16 VersVG verpflichtet, die Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern die Helvetia Versicherungen AG die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person(en) richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann die Helvetia Versicherungen AG unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten: Der Antragsteller und die zu versichernde(n) Person(en) stimmen ausdrücklich zu, dass die Helvetia Versicherungen AG

- zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, alle unerlässlichen Auskünfte von praktischen Ärzten und Fachärzten sowie sonstigen vom Antragsteller bzw. der (den) versicherten Person(en) in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge einholen darf.
- zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei

### Zahlungsmodalitäten

<b>Zahlungsart:</b> jährl. 1/2 jährl. 1/4 jährl.	Zutreffendes bitte ankreuzer monatlich (nur mit Einzugsverfahren
<b>Zahlungsweise:</b> Einzugsermächtigung Zahls	schein
Abbuchungsauftrag: besteht zur PolNr.	

Ärzten, Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht; sie entbinden die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht; über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern und privaten Versicherungsunternehmen alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht.

Zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, sowie zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse) im Rahmen des "Zentralen Informationssystems – ZIS" des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationsverbundsystem iSd § 4 Z 13 Datenschutzgesetz), an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an die Helvetia Versicherungen AG übermittelt werden. Das Zentrale Informationssystem - ZIS ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung des Versicherungsmissbrauchs und Versicherungsbetruges. Diese Zustimmungserklärung berechtigt die Helvetia Versicherungen AG grundsätzlich zur Erhebung der Gesundheitsdaten des Versicherten zum Zweck der Leistungsfallbeurteilung. Gemäß § 11a VersVG ist der Versicherungsnehmer bzw. der betroffene Versicherte von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung zu verständigen und über sein Widerspruchsrecht und die Folgen eines allfälligen Widerspruchs zu belehren. Der Widerspruch hat binnen 14 Tagen zu erfolgen.

#### **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.

#### SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Gläubiger-Identifikationsnummer AT81ZZZ00000009924 Einzelmandat

Wichtig: Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und richtig aus. Angaben wie "siehe Antrag" oder "wie oben" sind unzulässig

anderer Prämienzahler

#### Kontoinhaber / Prämienzahler

Versicherungsnehmer ist Prämienzahler

Ich ermächtige die Helvetia Versicherungen AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Helvetia Versicherungen AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit der Unterfertigung dieses Mandates bestätigt die unterzeichnende Person, berechtigt zur Autorisierung der Lastschrift zu sein. Es gilt eine Vorankündigungs-Frist (Pre-Notification) von 5 Tagen als vereinbart. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zuname, Vorname	Straße/Hausnummer/Stiege/Stock/TürLKZ Postleitzahl Ort
E-Mail	Name des Geldinstitutes
BIC / SWIFT	×
IBAN	Unterschrift

	×
Datum	Unterschrift des Antragstellers
	×
Datum	Unterschrift des Vermittlers

# Schriftliche Einwilligung betreffend Datenschutz

ASEW-KD-1-2023 01/2023

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,
Assepro Versicherungsmakler GmbH, FN 105090w, GISA-Zahl: 24704199 und
Assepro Vermögensberatung GmbH, FN 577977x, GISA-Zahl: 35118350, Ferstelgasse 6, 1090 Wien

- nachstehend "Ärzteservice/Assepro" - verarbeitet.

Ärzteservice/Assepro 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/Assepro 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/Assepro 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/Assepro 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/Assepro ist berechtigt, die übermittelten personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Vertragsdaten (Art des Vertrages, Versicherungssumme, Laufzeit, etc.), an konzernmäßig verbundene Unternehmen (dies sind die Assepro Versicherungsmakler GmbH, Assepro Vermögensberatung GmbH) und die Ärzteservice Dienstleistung 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.

Ärzteservice/Assepro 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.

