

# Ärzte Betriebs- unterbrechungsversicherung

für freiberuflich tätige Ärzte

ASBU-KD-1-2025

11/2024

# ärzte\$ervice

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 IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname	SV. Nr.	Geb. Datum	Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
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	Werbnummer		
Versicherungsgesellschaft	<input type="checkbox"/> fremd <input type="checkbox"/> eigen	Polizzen-Ablauf	Jahresbruttoprämie (alt)
ersetzte Polizze	Sparte		

## Nur von Versicherungsmakler und Vermittler auszufüllen

Name Versicherungsmakler	Vermittlernummer
--------------------------	------------------

## Allgemeine Risikofragen

Besteht bereits für eines der beantragten Risiken eine Versicherung bei anderen Unternehmen?			Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 bereits abgelehnt, gekündigt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen worden?			Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Versicherungsgesellschaft	Risiko	Pol. Nr.	

Begründung	
Vinkulierung/Verpfändung/Abtretung <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja zu Gunsten: _____

## Karenzfrist

### Tarif „Smart“

Zutreffendes bitte ankreuzen

Karenzfrist  3 Tage  7 Tage  14 Tage  21 Tage  28 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 Staffekarenz)

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

## Versicherungssumme = Deckungsbeitrag

EURO 

Es gilt die Ärzteserie Rahmenvereinbarung 127316.

## Gesundheitsfragen – Angaben zur versicherten Person:

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

## Prämie – Willkommensbonus

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

- bis zu einem Eintrittsalter von 40 Jahren bis 90 % der ersten Jahresprämie
- 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) max. VS 108.000 EUR
- Ordinationen von Physio-/Ergotherapeuten, Logopäden, selbstständigen Hebammen (Smart: Karenzfrist mindestens 14 Tage) max. VS 108.000 EUR

## Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer

EURO 

Die Prämie unterliegt einer jährlichen Prämienanpassung.

18 Haben Sie in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum hinweg Medikamente oder Drogen genommen? Wenn ja, welche? _____ Von wann bis wann? _____ Wieviele? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19 Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger? Dioptien li _____ re _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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)! _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

 Unterschrift versicherte Person



Versicherungs- und 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 dem Versicherungsnehmer verrechnet.

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 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.

## Zahlungsmodalitäten

### Zahlungsart:

jährl.  1/2 jährl.  1/4 jährl.  monatlich (nur mit Einzugsverfahren) Zutreffendes bitte ankreuzen

### Zahlungsweise:

Einzugsermächtigung  Zahlschein

### Abbuchungsauftrag:

besteht zur Pol.-Nr. ....



# Schriftliche Einwilligung betreffend Datenschutz

ASEW-KD-1-2024

01/2024



## 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

**Ärztesservice Dienstleistung GmbH, FN 291475s, GISA-Zahl 24896917,  
Assepro Versicherungsmakler GmbH, FN 105090w, GISA-Zahl: 24704199**

– nachstehend „Ärztesservice/Assepro“ – verarbeitet.

Ärztesservice/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 Ärztesservice/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 Ärztesservice/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 Ärztesservice/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.**

Ärztesservice/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 Ärztesservice 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.

ja  nein

Ärztesservice/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.

Seite 1/1

Datum

Unterschrift