

# Gruppenvertrag Ärzte Krankenversicherung

Österreich- bzw. Bundesländertarif für Ärztinnen  
bzw. ZahnärztInnen und Angehörige

ASSK-KD-1-2023

11/2023

# ärzte\$ervice

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 <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		
Pflichtkrankenkasse	von/bis	Vers. Nr.	

## Zweite versicherte Person

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		
Pflichtkrankenkasse	von/bis	Vers. Nr.	

## Mitversicherte Kinder

In häuslicher Gemeinschaft lebende Kinder gelten bei Beantragung mitversichert (siehe Pkt. 5). Genaue Angaben zu den Kindern sind auf der zweiten und dritten Seite zu machen.

## Versicherungsbeginn

01  
Versicherungsbeginn

Versicherungsdauer: auf unbestimmte Zeit

## Versicherungsumfang/Prämie Antragsteller

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Sonderklasse Zweibett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> Einbett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Ambulant Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Zahn	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed International	EUR .....
<input type="checkbox"/> Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR .....
<b>Gesamtprämie Antragsteller</b>	<b>EUR .....</b>

## Versicherungsumfang/Prämie Zweite vers. Person

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Sonderklasse Zweibett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> Einbett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Ambulant Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Zahn	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed International	EUR .....
<input type="checkbox"/> Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR .....
<b>Gesamtprämie Zweite vers. Person</b>	<b>EUR .....</b>

## Kind 1

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname  
.....  
Zutreffendes bitte ankreuzen  
 w  m

Geb. Datum  
.....

Berufsbezeichnung/Ausbildung  
.....

Pflichtkrankenkasse  
.....

von/bis ..... Vers. Nr. ....

## Versicherungsumfang/Prämie Kind

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Sonderklasse Zweibett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> Einbett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Ambulant Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Zahn	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed International	EUR .....
<input type="checkbox"/> Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR .....
<b>Gesamtprämie Antragsteller</b>	<b>EUR .....</b>

## Kind 2

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname  
.....  
Zutreffendes bitte ankreuzen  
 w  m

Geb. Datum  
.....

Berufsbezeichnung/Ausbildung  
.....

Pflichtkrankenkasse  
.....

von/bis ..... Vers. Nr. ....

## Versicherungsumfang/Prämie Kind 2

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Sonderklasse Zweibett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> Einbett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Ambulant Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Zahn	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed International	EUR .....
<input type="checkbox"/> Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR .....
<b>Gesamtprämie Antragsteller</b>	<b>EUR .....</b>

## Kind 3

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname  
.....  
Zutreffendes bitte ankreuzen  
 w  m

Geb. Datum  
.....

Berufsbezeichnung/Ausbildung  
.....

Pflichtkrankenkasse  
.....

von/bis ..... Vers. Nr. ....

## Versicherungsumfang/Prämie Kind 3

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> Sonderklasse Zweibett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> Einbett Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Ambulant Tarif: .....	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed Zahn	EUR .....
<input type="checkbox"/> SecurMed International	EUR .....
<input type="checkbox"/> Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR .....
<b>Gesamtprämie Antragsteller</b>	<b>EUR .....</b>

## Kind 4

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname

Zutreffendes bitte ankreuzen

w  m

Geb. Datum

Berufsbezeichnung/Ausbildung

Pflichtkrankenkasse

von/bis

Vers. Nr.

### Summe Gesamtjahresbeitrag aller versicherten Personen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Zahlweise:  jährlich  vierteljährlich  
 halbjährlich  monatlich

Zahlung mit Zahlschein nicht möglich.

### Antragsfragen Antragsteller

Zutreffendes bitte ankreuzen

1 Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde ein solche beantragt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, abgelehnt oder gekündigt

nein  ja

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

Art der Versicherung

von/bis

2 Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen?

nein  ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

### Antragsfragen Kind 1

Zutreffendes bitte ankreuzen

1 Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde ein solche beantragt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, abgelehnt oder gekündigt

nein  ja

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

Art der Versicherung

von/bis

2 Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen?

nein  ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

## Versicherungsumfang/Prämie Kind 4

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sonderklasse Zweibett

Tarif: .....

EUR .....

Einbett

Tarif: .....

EUR .....

SecurMed Ambulant

Tarif: .....

EUR .....

SecurMed Zahn

EUR .....

SecurMed International

EUR .....

Kur- und Erholungsaufenthalte

EUR .....

**Gesamtprämie Antragsteller**

**EUR .....**

### Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer

EURO 

### Antragsfragen zweite versicherte Person

Zutreffendes bitte ankreuzen

1 Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde ein solche beantragt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, abgelehnt oder gekündigt

nein  ja

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

Art der Versicherung

von/bis

2 Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen?

nein  ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

### Antragsfragen Kind 2

Zutreffendes bitte ankreuzen

1 Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde ein solche beantragt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, abgelehnt oder gekündigt

nein  ja

Versicherungsgesellschaft

Polizzenummer

Art der Versicherung

von/bis

2 Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen?

nein  ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

### Antragsfragen Kind 3

Zutreffendes bitte ankreuzen

- 1 Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde ein solche beantragt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, abgelehnt oder gekündigt

nein  ja

Versicherungsgesellschaft Polizzenummer

Art der Versicherung von/bis

- 2 Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen?

nein  ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

### Antragsfragen Kind 4

Zutreffendes bitte ankreuzen

- 1 Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde ein solche beantragt, zu erschwerten Bedingungen angenommen, abgelehnt oder gekündigt

nein  ja

Versicherungsgesellschaft Polizzenummer

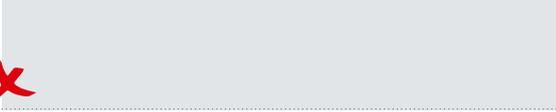
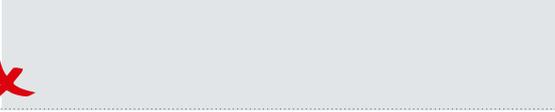
Art der Versicherung von/bis

- 2 Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen?

nein  ja

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 Antragsteller	Unterschrift zweite versicherte Person

## 1. Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Verein für ÄrzteService und Ärztinformation, Ferstelgasse 6, 1090 Wien. Der Versicherungsnehmer ist Hauptkorrespondenzpartner des Versicherers.

## 2. Versicherte Personen/Dauer Versicherungsschutz

**2.1** Versicherte Personen sind die mit ausdrücklicher schriftlicher Erklärung diesem Vertrag beigetretenen Ärzte/Ärztinnen sowie DentistInnen und deren angeführte EhepartnerIn/Lebensgefährtn und deren Kinder.

**2.2** Die versicherten Personen sind gemäß § 16 Versicherungsvertrags-gesetz (VersVG) verpflichtet, die Fragen nach den gefahrenerheblichen Umständen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm übernommene Gefahr richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und in diesem Fall die Leistung verweigern.

**2.3** Treten zwischen Antragstellung und Zustellung der Polizza Änderungen gegenüber den nachgefragten Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen. Beginn des Versicherungsschutzes: Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polizza oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten. Für Personen besteht jedoch nach Antrag auf Sonderklasseversicherung im Rahmen des beantragten Versicherungsschutzes und der diesbezüglichen Versicherungsbedingungen vorläufige Deckung für stationäre Heilbehandlungen in der Sonderklasse/Einbettzimmer in Folge von Unfällen nach Antragsdatum, soweit nicht Vorschädigungen behandelt werden bzw. der Unfall nicht Folge einer schon vor Antragsdatum bestehenden Erkrankung war. Diese Deckungszusage gilt nicht für Personen, für die ein Antrag auf Sonderklasseversicherung bereits abgelehnt worden ist. Die vorläufige Deckung beginnt mit dem Einlangen des Antrages beim Verein für ÄrzteService und Ärztinformation oder bei der Ärzteservice Dienstleistung GmbH, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn. Sie endet – auch für laufende Versicherungsfälle – mit Zustellung der Polizza oder einer Erklärung des Versicherers, den Antrag auf Beitritt zur Gruppenversicherung einer Sonderklasseversicherung abzulehnen, spätestens aber vier Wochen nach ihrem Beginn.

**2.4** Wartezeiten nach Versicherungsbeginn

Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehenden medizinisch notwendigen Heilbehandlungen und für Fehlgeburten besteht mangels anderer Vereinbarung Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss, während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft. Bei Zahnkostentarifen besteht erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten Versicherungsschutz.

**2.5** Leistungsausschlüsse

In Gesetzen sowie den Allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen sind Einschränkungen und Ausschlüsse vom Versicherungsschutz formuliert, wie beispielsweise:

- für Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben;
- für Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmassnahmen und Entziehungskuren;
- in Krankenanstalten und Abteilungen für Geriatrie.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Aufzählung nur demonstrativ und daher nicht abschließend ist. Sollte der Versicherer individuelle Wartezeiten und/oder Leistungsausschlüsse im Versicherungsschein (= Polizza) festlegen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizza in geschriebener Form zu widersprechen (§ 5 Versicherungsvertragsgesetz, BGBl. Nr. 2/1959, in der jeweils geltenden Fassung), sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.

**2.6** Der Versicherungsschutz endet

**2.6.1** 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. Stirbt der versicherte Arzt während aufrechtem Versicherungsschutz im Sinne der Vertragsbedingungen, so bleibt der Versicherungsschutz für seine Angehörigen davon unberührt und wird zu unveränderten Konditionen und Prämien weiter geführt. Haben die mitversicherten Kinder bereits den 20. Geburtstag erreicht und stirbt der/die versicherte Arzt/Ärztin, scheiden die Kinder aus der Gruppen-Krankenversicherung aus, sofern keine weitere Erziehungsberechtigte Person ebenfalls mitversichert ist und die Stellung des/der versicherten Arzt/Ärztin übernimmt.

**2.6.2** mit Austritt des Antragstellers aus der Ärztekammer bzw. Zahnärztekammer für alle versicherten Personen gemäß Pkt. 2.1 zur nächsten Hauptfälligkeit.

## 3. Der Versicherer

Der Versicherer dieses Gruppenvertrages ist die Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 15, 1010 Wien.

Aufsichtsbehörde: FMA Österreichische Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien. Beschwerden richten Sie gegebenen-

falls bitte an unsere Ombudsstelle [ombudsstelle@donauversicherung.at](mailto:ombudsstelle@donauversicherung.at) oder an die Beschwerdestelle beim Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien oder [versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at](mailto:versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at).

## 4. Versichertes Risiko

Versichert gelten die namentlich genannten, dem Gruppenvertrag beigetretenen Personen.

## 5. Anspruch auf Versicherungsschutz

Versichert ist der/die angegebene Arzt/Ärztin. Weiters sein/ihr in häuslicher Lebensgemeinschaft mit ihm/ihr Ehepartner/Lebensgefährtn und deren Kinder bis zum vollendeten 20. Lebensjahr. Mitversicherte Kinder nach dem 20. Geburtstag können solange im Kranken-Gruppenvertrag verbleiben, solange der Hauptversicherte die Prämie bezahlt. Die Erwachsenenprämie ist ab Beginn jenes Monats zu entrichten, in dem das mitversicherte Kind den 20. Geburtstag erreicht.

## 6. Versicherte Leistungen

**6.1** Kostenersatz für Spitalsaufenthalte

im Sonderklasse-Zweibettzimmer mit Vertragsspitälern:

- Österreich-Garantie: Kostendeckung in allen Vertragskrankenhäusern
- Europa-Garantie: Kostendeckung in allen öffentlichen Krankenhäusern und preislich gleichgestellten Privatspitälern
- Tarif SB hoch (YHO-YH8)
- Tarif SB mittel (YMO-YM8)
- Tarif SB niedrig (YSO-YS8)
- Kein SB für Erwachsene bis zum 40. Geburtstag
- Einbettzimmer (ED)

- Selbstbehalt entfällt bei Unfällen, Krankenhaustagegeld, Schwangerschaftsbehandlung, Geburt und Entbindungsgeld
- halber Selbstbehalt bis zum 20. Lebensjahr
- Transportkostenvergütung
- Bergkosten inklusive Rettungshubschrauber (ab NACA III)
- Sofortschutz nach Unfällen für bis zu 4 Wochen

Ersatzleistungen:

- Ersatzweises Krankenhaustagegeld
  - für Erwachsene
  - für zur Kinderprämie versicherte Personen
- Entbindungsgeld für zur Erwachsenenprämie versicherte Frauen

Inklusivleistungen:

- Freie Wahl Ihres Krankenhauses: öffentliches Spital oder Privatklinik mit dem Arzt Ihres Vertrauens
- Direktverrechnung mit allen Vertragskrankenhäusern
- Begleitkosten im Krankenhaus für versicherte Kinder unter 20 Jahren
- Einholung einer weiteren fachärztlichen Meinung vor jeder Operation
- Kostenlose Prämienfreistellung bis zu 6 Monaten bei finanziellem Engpass (Unfallschutz bleibt trotzdem erhalten)

**Die Höhe der Leistung richtet sich nach der gewählten Tarifvariante und wird auf der Polizza dokumentiert!**

**6.2** SecurMed Ambulant

- Privatarzt: Schul- und alternativmedizinische Arztleistungen (ausgenommen Zahnarzt). Alternative Heilbehandlung durch Therapeuten sofern ärztlich verordnet (ausgenommen physikalische Behandlungen jeglicher Art) z.B.: Homöopathie, Bachblütentherapie, Akupunktur, Bioresonanztherapie, Traditionelle chinesische Medizin, etc., Ordinationen und Hausvisiten, Hochtechnologische Untersuchungen und Behandlungen (MR, CT, Chemotherapie usw.), Ambulante Operationen, Prophylaktische Impfungen (ohne Reiseimpfung), Tagesklinische Behandlungen

Erweiterte Leistungen ab Tarifvariante SMALL

- Physiotherapie: Schul- und alternativmedizinische physikalische Behandlungen z.B.: Akupressur, Chiropraktik, Osteopathie, Reflexzonenmassage, Shiatsu, Kinesiologie etc., Logopädie, Geburtshilfe durch Hebammen
- Psychotherapie
- Medikamente: Ärztlich verordnete Arzneimittel einschließlich homöopathische Arzneimittel
- Heilbehelfe: z.B.: Hörgeräte, Brillen, Kontaktlinsen, Leichtgipsverbände, Schuheinlagen, Bandagen, etc.
- Mundhygiene

- 100% Rückvergütung: Bei einem Kostenbeitrag durch die Sozialversicherung werden 100% der Aufwendungen ersetzt.
- 80% Rückvergütung: Sollte die Sozialversicherung keine Leistung erbringen, werden 80% des Rechnungsbetrages vergütet

**Die Höhe der Jahresleistung richtet sich nach der gewählten Tarifvariante und wird auf der Polizza dokumentiert!**

**6.3** SecurMed Zahn

- Konservierende Zahnbehandlung
- Zahnextraktionen (auch operative Zahntentfernung)
- Zahnregulierung
- Zahnersatz
- Zahnrontgen

Nach Abzug eines Selbstbehaltes von EUR 140,- pro Kalenderjahr und Person werden 60% der Zahnbehandlungskosten bis zur vereinbarten Jahreshöchstleistung vergütet:

Als erstes Kalenderjahr gilt jenes Kalenderjahr, in dem die 6 monatige Wartezeit endet.

- Bonus bei Leistungsfreiheit : Für 2 leistungsfreie Kalenderjahre besteht

im jeweils 3. Kalenderjahr Anspruch auf eine Leistung für Mundhygiene im tariflichen Ausmaß bis zu einem Höchstbetrag von EUR 72,- ohne Selbstbehalt und ohne Anrechnung auf die jeweilige Höchstleistung.

#### **6.4 SecurMed International**

- 24h-ServiceLine bietet: objektive Informationen von unabhängigen Medizinerinnen, welcher Arzt der Beste ist; Auskünfte zu medizinischen Fragen, Behandlungsarten, Medikamenten und ärztlichen Bereitschaftsdiensten; Informationen über Impf- und Gesundheitsbestimmungen; umfassende Organisation im Krankheitsfall: von der Reise in ein ausländisches Krankenhaus über medizinische Transporte bis hin zur Hotelbuchung.

- Stationäre Krankenhausaufenthalte in allen Staaten der Welt werden bezahlt

- die Transportkosten zur stationären Behandlung ins Ausland - wenn die Behandlung aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist - samt Rücktransport sowie im Inland, wenn medizinisch erforderlich werden übernommen.

#### **6.5 Kur- und Erholungsaufenthalte**

- Barleistung bei einem von der Sozialversicherung bewilligten Aufenthalt in einem Kur- und Erholungsheim, in einer Lungenheilstätte oder einem Rehabilitationszentrum.

Detaillierte Informationen zu allen Tarifvarianten und Tarifleistungen können der Polizze und den Polizzenbeilagen entnommen werden.

#### **6.6 Securmed Stationär mit/ohne SB:**

Der Tarif (und somit die Prämie sowie ein gegebenenfalls vereinbarter Selbstbehalt) ist abhängig vom Wohnsitz-Bundesland der versicherten Person. Ausschlaggebend ist der Hauptwohnsitz gemäß Zentralem Melderegister (ZMR). Eine Änderung des Hauptwohnsitzes ist dem Versicherer zu melden. Verlegt eine versicherte Person den Hauptwohnsitz in ein anderes Bundesland, so besteht für diese Person innerhalb von drei Monaten das Anrecht, ohne neuerliche Risikoprüfung zum auf den Hauptwohnsitzwechsel folgenden Monatsersten in den gleichartigen Tarif des neuen Wohnsitzbundeslandes (mit der jeweiligen Prämie sowie dem gegebenenfalls zugehörigen Selbstbehalt) zu wechseln. Die bis dahin erworbene Alterungsrückstellung wird angerechnet. Sofern von diesem Anrecht kein Gebrauch gemacht wird, entfällt ab dem auf den Hauptwohnsitzwechsel folgenden Monatsersten die Kostendeckungsgarantie für Österreich und Europa. Die Kostendeckungsgarantie besteht weiterhin in den Vertragskrankenhäusern jenes Bundeslandes, das beim Tarif angeführt ist, sowie in den Vertragskrankenhäusern in Bundesländern mit niedrigerer Tarifprämie.

## **7. Umfang der Vertretungsvollmacht des Vermittlers**

Die Vermittlerin der Gruppenversicherung und des Beitritts zu dieser ist die „Ärztesservice Dienstleistung GmbH“. Diese ist Versicherungsmakler im Sinne des §26 Maklergesetz. Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass das Aufgeben einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für den Versicherer unerwünscht ist.

## **8. Rücktrittsrecht**

### **8.1 Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz**

Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist - sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benutzten Räume unterfertigt wurde - berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrages selbst angebahnt hat.

### **8.2 Rücktrittsrecht nach § 5 Versicherungsvertragsgesetz**

Hat der Antragsteller die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit sie nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder hat er keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten, so kann er binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Antragsteller der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

### **8.3 Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz**

Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, kann vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen zurücktreten. Hat der Versicherer dem Antragsteller 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 Antragsteller der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung, die in §§ 9a und 18b VAG sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind.

Das Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Alle Rücktrittsrechte sind vereinbarungsgemäß immer schriftlich geltend zu machen.

Diese Bestimmungen gelten sinngemäß für den Beitrittsantrag und den Beitritt zu einer Gruppenversicherung.

## **9. Gerichtsstand/Anwendbares Recht**

Für die aus diesem Versicherungsverhältnis entstehenden Rechtsstreitigkeiten gilt der gesetzliche Gerichtsstand. Es ist österreichisches Recht anzuwenden. Vertragsgrundlage bilden neben dem Gruppenversicherungsvertrag der Antrag, die Polizze samt Beilagen und die Bedingungen.

## **10. Unmittelbarer Vertragspartner**

Unmittelbarer Vertragspartner des Versicherers ist der Verein für Ärzte-Service und Ärztinformation. Mit ihm erfolgt rechtsgültig sowohl für den Versicherer als auch für alle Versicherten der gesamte Schriftverkehr. Weiters erfolgen durch den Verein für ÄrzteService und Ärztinformation alle Anzeigen, Erklärungen, die den vorliegenden Versicherungsvertrag betreffen. Der Versicherte kann über sämtliche Rechte aus dem Versicherungsvertrag ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers verfügen und diese auch gerichtlich geltend machen. Dem Antragsteller steht das Kündigungsrecht seines Vertrages zu. Ebenso treffen den Versicherten auch die Obliegenheiten des Versicherungsnehmers sinngemäß; siehe § 78 VersVG, insbesondere auch die Pflicht zur Prämienzahlung nach § 38 und § 39 VersVG.

## **11. Kündigung Vertrag/Austritt aus der Gruppenversicherung**

Ein Austritt aus der Gruppenversicherung ist - unter Einhaltung einer einmonatigen Frist - jederzeit zum Ende eines Jahres, erstmals zum Ende des dritten Jahres nach dem Versicherungsbeginn möglich. Der Antragsteller kann weiters auch die Mitgliedschaft für einzelne oder alle mitversicherten Personen unter denselben Bedingungen kündigen. Die Erklärung des Austritts oder der Kündigung bedarf der Schriftform.

## **12. Vereinbarung bezüglich personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten**

### **12.1 Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten gemäß § 11a VersVG**

**12.1.1** Zustimmung zur Antragsprüfung Der Versicherungsnehmer und sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese, stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, personenbezogene Daten (inkludierend Gesundheitsdaten) durch alle unerlässlichen Auskünfte von den untersuchenden und behandelnden praktischen Ärzten und Fachärzten sowie von sonstigen vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person in Anspruch genommenen Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern einholen darf. Unerlässliche Auskünfte im Sinne dieses Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

**12.1.2** Zustimmung zur Leistungsfallprüfung Der Versicherungsnehmer und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf. Unerlässliche Auskünfte im Sinne dieses Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen, die von den behandelnden Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder der Gesundheitsvorsorge erteilt werden. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungs-entlassung oder -beendigung; etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsich-

tigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden. Nach § 11 a VersVG bestehen für den Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.

Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden. (Nur für die Kranken- und Unfallversicherung: Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person nehmen zur Kenntnis, dass sie in solchen Fällen bis zum Abschluss der Leistungsfallprüfung vorzahlungspflichtig und im Fall der Leistungsfallablehnung selbst zahlungspflichtig werden können.) Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

**12.2. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankenkostenversicherung**  
In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln.

**12.2.1. Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers:** Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);

**12.2.2. Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:**  
a) Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;

b) Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;

c) Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.  
Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung können der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.

### 12.3 Entbindung von der Schweigepflicht

Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person entbinden die behandelnden Ärzte, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder der Gesundheitsvorsorge im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang ihrer Zustimmungserklärung und des geschilderten Direktverrechnungsauftrags. Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

**Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

**Der Antragsteller und die versicherte(n) Person(en) erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.**

## 13. Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

**Schriftform:** Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Kündigungen und Rücktrittserklärungen,
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses
- Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z.B. Bezugsrechtsänderung)
- Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung,
- In der Lebensversicherung überdies Prämienfreistellung und Rückkauf, Änderung der Veranlagung und Anforderung einer Letztstandspolize.
- In der Krankenversicherung überdies Anträge auf Ruhendstellung sowie im Falle einer Prämienhöhung durch den Versicherer das Verlangen nach Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen (§ 178f Abs. 3 VersVG).
- Anforderungen einer Letztstandspolize

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

**Geschriebene Form:** Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder EMail), entsprochen. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Antragstellers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

**Der Antragsteller und die versicherte(n) Person(en) erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.**

## 14. 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.

## 15. Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

## 16. Gesetzliche Bestimmungen des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes

Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes können Sie von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist verlangen, sofern Sie uns einen Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung erbringen (z. B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Behinderteneinstellungsgesetz).

Datum

Unterschrift des Antragstellers

## Nur von Versicherungsmakler und Vermittler auszufüllen

Name Versicherungsmakler

Vermittlernummer

### SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

#### Zahlungsempfänger:

**DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 15, 1010 Wien**

**Registriert beim Handelsgericht Wien unter FN 32002m, Creditor-ID AT34ZZZ00000003107**

Ich/Wir ermächtige/n die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der DONAU 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 Krankenversicherung des Vereines für ÄrzteService und ÄrztelInformation. An diesen Antrag halte ich mich für sechs Wochen gebunden und bestätige den Erhalt der Antragsdurchschrift.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Datum

Unterschrift zweite versicherte Person

Unterschrift volljähriger mitversicherter Kinder

Unterschrift volljähriger mitversicherter Kinder

Unterschrift volljähriger mitversicherter Kinder

Unterschrift volljähriger mitversicherter Kinder

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

**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