

Gruppenvertrag Ärzte Krankenversicherung

Österreich- bzw. Bundesländertarif für ÄrztInnen,
ZahnärztInnen und deren Angehörige

ASSK-KD-1-2026

7/2026

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

☐ w ☐ 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

☐ w ☐ 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

Basistarif/obligatorisch:

☐ Sonderklasse Zweibett	EUR
☐ Einbett	EUR

Zusatztarife:

☐ SecurMed Ambulant	EUR
☐ SecurMed Zahn	EUR
☐ SecurMed International	EUR
☐ Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR

Gesamtprämie Antragsteller EUR

Kind 1

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname

Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ w ☐ m

Geb. Datum

Berufsbezeichnung/Ausbildung

Pflichtkrankenkasse

von/bis

Vers. Nr.

Kind 2

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname

Zutreffendes bitte ankreuzen

☐ w ☐ m

Geb. Datum

Berufsbezeichnung/Ausbildung

Pflichtkrankenkasse

von/bis

Vers. Nr.

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 Zweite vers. Person

Zutreffendes bitte ankreuzen

Basistarif/obligatorisch:

☐ Sonderklasse Zweibett	EUR
☐ Einbett	EUR

Zusatztarife:

☐ SecurMed Ambulant	EUR
☐ SecurMed Zahn	EUR
☐ SecurMed International	EUR
☐ Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR

Gesamtprämie Antragsteller EUR

Versicherungsumfang/Prämie Kind

Zutreffendes bitte ankreuzen

Basistarif/obligatorisch:

☐ Sonderklasse Zweibett	EUR
☐ Einbett	EUR

Zusatztarife:

☐ SecurMed Ambulant	EUR
☐ SecurMed Zahn	EUR
☐ SecurMed International	EUR
☐ Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR

Gesamtprämie Antragsteller EUR

Versicherungsumfang/Prämie Kind 2

Zutreffendes bitte ankreuzen

Basistarif/obligatorisch:

☐ Sonderklasse Zweibett	EUR
☐ Einbett	EUR

Zusatztarife:

☐ SecurMed Ambulant	EUR
☐ SecurMed Zahn	EUR
☐ SecurMed International	EUR
☐ Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR

Gesamtprämie Antragsteller EUR

Versicherungsumfang/Prämie Kind 3

Zutreffendes bitte ankreuzen

Basistarif/obligatorisch:

☐ Sonderklasse Zweibett	EUR
☐ Einbett	EUR

Zusatztarife:

☐ SecurMed Ambulant	EUR
☐ SecurMed Zahn	EUR
☐ SecurMed International	EUR
☐ Kur- und Erholungsaufenthalte	EUR

Gesamtprämie Antragsteller EUR

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

Basistarif/obligatorisch:

☐ Sonderklasse Zweibett

EUR

☐ Einbett

EUR

Zusatztarife:

☐ SecurMed Ambulant

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 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die Fragen nach den gefahrerheblichen 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 Polize Änderungen gegenüber den nachgefragten Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen. Beginn des Versicherungsschutzes: Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polize 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 Polize 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 (= Polize) festlegen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polize 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 gegebenenfalls

falls bitte an unsere Ombudsstelle ombudsstelle@donauversicherung.at oder an die Beschwerdestelle beim Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien oder 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 (YH0-YH8)
- Tarif SB mittel (YM0-YM8)
- Tarif SB niedrig (YS0-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 Polize 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 Polize dokumentiert!

6.3 SecurMed Zahn

- Konservierende Zahnbehandlung
- Zahnextraktionen (auch operative Zahnentfernung)
- 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 Mediziniern, 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 Polizenbeilagen 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 Melde-register (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 Bundeslands, 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 benützten 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-

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

Datum

Unterschrift des Vermittlers

Schriftliche Einwilligung betreffend Datenschutz

ASEW-KD-1-2026

05/2026

ärzte\$ervice

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

– nachstehend „**Ärztesservice**“ – verarbeitet.

Ärztesservice 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 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 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 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 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.

Ärztesservice 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

☐ 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