

Haftpflichtversicherung

für allgemein beeidete und gerichtlich
zertifizierte Sachverständige

ASSV-KD-2-2018

09/2011

ärzte\$ervice

Versichert ist sicherer.

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

Versicherungsnehmer/Antragsteller

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname	SV. Nr.	Geb. Datum	Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Fachrichtung	Telefon Mobil		
PLZ, Ort (Inkassoadresse)	FAX		
Straße, Hausnummer	E-Mail		

Wichtige Angaben zum Vertrag

Beginndatum Das Versicherungsverhältnis wird automatisch um 1 weiteres (Kalender) Jahr verlängert, wenn der Vertrag nicht rechtzeitig vor Ablauf gekündigt wird.

Nur von Versicherungsmakler und Vermittler auszufüllen

Name Versicherungsmakler Vermittlernummer

Allgemeine Antragsfragen

1. Wurde dem Versicherungsnehmer das beantragte Haftpflichtrisiko abgelehnt, gekündigt oder einvernehmlich gelöst? ja nein
Zutreffendes bitte ankreuzen

2. Sind bereits Schäden aus dem Haftpflichtrisiko der Sachverständigentätigkeit eingetreten? ja nein
Zutreffendes bitte ankreuzen


3. Sachverständiger für:

4. Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die gerichtliche Tätigkeit als gerichtlich beeideter und zertifizierter Sachverständiger im Bereich Gesundheitswesen

Zur Bestätigung bei Gericht: Namen des Gerichtes:

Anschrift des Gerichtes PLZ, Ort, Straße, Hausnummer.

Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer

EURO  150.- jährlich halbjährlich
Zutreffendes bitte ankreuzen

Pauschalversicherungssumme

Die Versicherungssumme beträgt EUR 400.000

pauschal für Personen-, Sach- und Vermögensschäden

Vertragsgrundlagen: ABHV /EBHV 1999; Gemäß §2a SDG besteht weder ein Ausschluss noch eine zeitliche Begrenzung der Nachhaftung.

Der Versicherer

Der Versicherer Ihres Sachverständigen-Haftpflichtvertrags ist die Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft, Schwarzenbergplatz 15, 1010 Wien, Aufsichtsbehörde: FMA Österreichische Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

Datenschutz

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

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

SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Zahlungsempfänger:

Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft, Schwarzenbergplatz 15, A-1010 Wien

Creditor-ID: AT33ZZZ0000005056

KontoinhaberIn

Als Zahlungspflichtige/r (Debtor) gelten für Sie die Bedingungen unter „Prämienzahlung/Gebühren/Aufwandersatz“ betreffend Prämienzahlung mit SEPALastschrift sowie bei Nichtzahlung Abgeltung von Mehraufwendungen und Gebühren - auch, wenn Sie nicht VersicherungsnehmerIn sind.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft Zahlungen von meinem/unserem Konto (Zeichnungsberechtigten) mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich kann/Wir 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

BIC / SWIFT

Kontoinhaber, wenn nicht ident mit Versicherungsnehmer

Kontoführende Bank / Adresse

IBAN

Unterschrift

Beantwortung von Antragsfragen

Mir ist bekannt, dass die Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft bei unzutreffenden und/oder unvollständigen Angaben vom Vertrag zurücktreten und die Leistung verweigern kann. Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und die Kenntnis des Antragsinhaltes bestätigt.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Datum

Unterschrift des Vermittlers

Schriftliche Einwilligung betreffend Datenschutz

ASEW-KD-3-2018

08/2018

ärzteservice

Versichert ist sicherer.

Kundendaten

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

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

ÄrzteService Dienstleistung GmbH, FN 291475s, GISA-Zahl 24896917 und Ärzteservice Versicherungsmakler GmbH, FN 105090w, GISA-Zahl: 24704199 Ferstelgasse 6, 1090 Wien

– nachstehend „**ÄrzteService**“ – verarbeitet.

Ärzteservice ist berechtigt, die von mir übermittelten personenbezogenen Daten sowie soweit erforderlich ausdrücklich auch sensible Gesundheitsdaten an Versicherungsanstalten und Versicherungsmakler, mit denen ich über aufrechte Versicherungsverträge verfüge bzw. mit denen ich einen Vertragsabschluss beantrage bzw. in einem sonstigen aufrechten Vertragsverhältnis stehe, zu übermitteln.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ohne meine ausdrückliche schriftliche Einwilligung, meine Daten zu verarbeiten und zu übermitteln, das von mir gewünschte Versicherungsverhältnis unter Umständen nicht begründet werden kann oder mein Leistungsfall nicht erfüllt werden kann oder die Ärzteservice ihren Pflichten und Obliegenheiten nach dem VersVG und dem MaklerG nicht nachkommen kann. Ich nehme des weiteren zur Kenntnis, dass dies nicht als vertragliche Nichterfüllung der Ärzteservice gelten würde.

JA

Ich erteile hiermit durch ankreuzen des Kästchens „JA“ meine ausdrückliche schriftliche Einwilligung betreffend Datenschutz und bestätige, dass ich die oben angeführten Erklärungen gelesen und deren Inhalt verstanden habe, sodass mir die datenrechtlichen Folgen bewusst sind und ich dagegen keine Einwände erhebe.

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

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

ja nein

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

ja nein

Die hiermit erteilte Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Der Widerruf kann entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermittelt werden. Es entstehen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Nach den gesetzlichen Bestimmungen stehen darüber hinaus die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit und Widerspruch zu. Gegen eine Verarbeitung von Daten, die gegen das Datenschutzrecht verstößt oder datenschutzrechtliche Ansprüche sonst in einer Weise verletzt, besteht eine Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. In Österreich ist dies die Datenschutzbehörde.

Seite 1/1

Datum

Unterschrift