

Gruppenvertrag Ärzte Krankenversicherung

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

ASSK-KD-1-2020

01/2020

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!

<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Zutreffendes bitte ankreuzen
_____	_____
Titel, Vor- und Zuname	SV. Nr. Geb. Datum
_____	_____
Fachrichtung	Zuständige Ärztekammer / Arztnummer
_____	_____
PLZ, Ort (Ordinationsadresse/Risikoadresse)	Straße, Hausnummer
_____	_____
PLZ, Ort (Wohnadresse)	Straße, Hausnummer
_____	_____
Telefon Ordination	FAX
_____	_____
Telefon Mobil	E-Mail
_____	_____
Pflichtkrankenkasse	von/bis Vers. Nr.
_____	_____

Zweite versicherte Person

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

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

Versicherungsumfang/Prämie Antragsteller

<input type="checkbox"/>	Sonderklasse Einbett	Zutreffendes bitte ankreuzen	EUR _____
<input type="checkbox"/>	Tarif: _____		
<input type="checkbox"/>	SecurMed Ambulant		EUR _____
<input type="checkbox"/>	Tarif: _____		
<input type="checkbox"/>	SecurMed Zahn		EUR _____
<input type="checkbox"/>	SecurMed International		EUR _____
<input type="checkbox"/>	Kur- und Erholungsaufenthalte		EUR _____
Gesamtprämie Antragsteller			EUR _____

Versicherungsbeginn

01	_____
Versicherungsbeginn	Versicherungsdauer: auf unbestimmte Zeit

Versicherungsumfang/Prämie Zweite vers. Person

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

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.

Versicherungsumfang/Prämie Kind 1

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sonderklasse Einbett

Tarif:

EUR

SecurMed Ambulant

Tarif:

EUR

SecurMed Zahn

EUR

SecurMed International

EUR

Gesamtprämie Kind 1

EUR

Versicherungsumfang/Prämie Kind 2

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sonderklasse Einbett

Tarif:

EUR

SecurMed Ambulant

Tarif:

EUR

SecurMed Zahn

EUR

SecurMed International

EUR

Gesamtprämie Kind 2

EUR

Versicherungsumfang/Prämie Kind 3

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sonderklasse Einbett

Tarif:

EUR

SecurMed Ambulant

Tarif:

EUR

SecurMed Zahn

EUR

SecurMed International

EUR

Gesamtprämie Kind 3

EUR

Versicherungsumfang/Prämie Kind 4

Zutreffendes bitte ankreuzen

Sonderklasse Einbett

Tarif:

EUR

SecurMed Ambulant

Tarif:

EUR

SecurMed Zahn

EUR

SecurMed International

EUR

Gesamtprämie Kind 4

EUR

Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer

EURO 

Antragsfragen Antragsteller

Zutreffendes bitte ankreuzen

- 1 Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde eine solche beantragt, abgelehnt oder gekündigt?

nein ja

Versicherungsgesellschaft Polizzennummer

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 eine solche beantragt, abgelehnt oder gekündigt?

nein ja

Versicherungsgesellschaft Polizzennummer

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 eine solche beantragt, abgelehnt oder gekündigt?

nein ja

Versicherungsgesellschaft Polizzennummer

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 zweite versicherte Person

Zutreffendes bitte ankreuzen

- 1 Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde eine solche beantragt, abgelehnt oder gekündigt?

nein ja

Versicherungsgesellschaft Polizzennummer

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 eine solche beantragt, abgelehnt oder gekündigt?

nein ja

Versicherungsgesellschaft Polizzennummer

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 eine solche beantragt, abgelehnt oder gekündigt?

nein ja

Versicherungsgesellschaft Polizzennummer

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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Antragsteller	Unterschrift zweite versicherte Person

1. Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Verein für ÄrzteService und Ärzteinformation, Baumannstraße 9, 1030 Wien.

Verwaltungsadresse: Ferstelgasse 6, 1090 Wien.

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/LebensgefährteIn und deren Kinder.

2.2 Treten zwischen Antragstellung und Zustellung der Police Änderungen gegenüber den nachgefragten Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen. Beginn des Versicherungsschutzes: Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Police 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 bis zum 50. Lebensjahr 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 Ärzteinformation oder bei der Ärzteservice Dienstleistung GmbH, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn. Sie endet - auch für laufende Versicherungsfälle - mit Zustellung der Police oder einer Erklärung des Versicherers, den Antrag auf Beitritt zur Gruppenversicherung einer Sonderklasseversicherung abzulehnen, spätestens aber vier Wochen nach ihrem Beginn.

2.3 Der Versicherungsschutz endet

2.3.1 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.

2.3.2 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.

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 lebender EhepartnerIn/LebensgefährteIn und deren Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern diese mit ausdrücklicher, schriftlicher Erklärung dem Vertrag beigetreten sind. Kinder gelten jedoch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres versichert, wenn sie noch in Ausbildung sind sowie keinen eigenen Haushalt besitzen und über kein regelmäßiges Einkommen verfügen. Ein Wohnsitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt und eine Lehrlingsentschädigung gilt nicht als eigenes Einkommen.

6. Versicherte Leistungen

6.1 Kostenersatz für Spitalsaufenthalte im Sonderklasse-Einbettzimmer mit Vertragsspitälern:

- Österreich-Garantie: Kostendeckung in allen Vertragskrankenhäusern
- Europa-Garantie: Kostendeckung in allen öffentlichen Krankenhäusern und preislich gleichgestellten Privatspitälern
- Tarif konstant (XE 6): österreichweit konstanter Selbstbehalt
- Tarif variabel (XF 6): variabler Selbstbehalt je Bundesland
- 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
- Einbettzimmer mit Hotelkomfort (z.B.: Bad, Tageszeitung, Menüwahl, flexible Besuchszeiten)
- 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 Police 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 Police dokumentiert!

6.3 SecurMed Zahn

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

Nach Abzug eines Selbstbehaltes von EUR 140,- pro Kalenderjahr und Person werden 60% der Zahnbehandlungskosten bis zu nachstehenden Jahreshöchstleistungen vergütet:

- ab dem ersten Kalenderjahr EUR 700,-
- ab dem dritten Kalenderjahr EUR 1.400,-
- ab dem fünften Kalenderjahr EUR 2.800,-

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 Medizinern, 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 Police und den Polizenbeilagen entnommen werden.

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 ÄrzteService und Ärzteinformation. Mit ihm erfolgt rechtsgültig sowohl für den Versicherer als auch für alle Versicherten der gesamte Schriftverkehr. Weiters erfolgen durch den Verein für ÄrzteService und Ärzteinformation 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

12.1.1 bei Vertragsabschluss

Die versicherte(n) Person(en) stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern und aus den beim Versicherer bereits bestehenden aufrechten Versicherungsverträgen ermitteln darf. Diese Zustimmung ermächtigt

uns, die nachstehend angeführten Daten einzuholen.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Arztberichte, Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostischen Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Diese Zustimmung 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 im Versicherungsfall

Die versicherte(n) Person(en) 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 des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Arztberichte, Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, Anamnese, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung wird der Betroffene 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden. Nach § 11a VersVG besteht für die versicherte(n) Person(en) auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen.

Macht eine versicherte Person von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so hat sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. Der Antragsteller und die versichert(en) Person(en) 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 Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der versicherten Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Mehrfachversicherung) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

12.2. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

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

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);
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 Antragsteller oder Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Antragsteller oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.

12.3 Entbindung von der Schweigepflicht

Die versicherte(n) Person(en) entbinden die genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung.

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).

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.aerzteverein.at> abgerufen werden.

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-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