

# Ärzte Betriebs- unterbrechungsversicherung

für freiberuflich tätige Ärzte

ASBU-KD-1-2020

08/2020

# ärzte\$ervice

Versichert ist sicherer.

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

## Versicherte(r) Arzt/Ärztin

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

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

## Wichtige Angaben zum Vertrag

Beginn	Ablauf	Der Versicherungsvertrag ist auf die Dauer von 10 Jahren abgeschlossen. Sofern dies den Bedingungen entspricht, verlängert sich die Laufzeit jeweils um 1 Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einem der Vertragsteile schriftlich gekündigt worden ist.	
Helvetia Versicherungen AG Versicherungsgesellschaft		Werbernummer	
ersetzte Polizze	Sparte	<input type="checkbox"/> fremd <input type="checkbox"/> eigen	Polizzen-Ablauf
			Jahresbruttoprämie (alt)

## Nur von Versicherungsmakler und Vermittler auszufüllen

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

## Allgemeine Risikofragen

Besteht bereits für eines der beantragten Risiken eine Versicherung bei anderen Unternehmen?			Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Versicherungsgesellschaft	Risiko	Pol. Nr.	
Versicherungssumme	Jahresbruttoprämie	Ablauf	
Name der Versicherungsgesellschaft	Risiko	Pol. Nr.	
Versicherungssumme	Jahresbruttoprämie	Ablauf	
Sind die beantragten Risiken von anderen Versicherungsunternehmen bereits abgelehnt, gekündigt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen worden?			Zutreffendes bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name der Versicherungsgesellschaft	Risiko	Pol. Nr.	
Begründung			
Vinkulierung/Verpfändung/Abtretung <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja zu Gunsten: _____	

## Karenzfrist

### Tarif „Smart“

Zutreffendes bitte ankreuzen

Karenzfrist  3 Tage  14 Tage  28 Tage

Verkürzung der Karenzfrist bei Krankenhausaufenthalt

Bei den Smart-Varianten mit einer Karenzfrist von 14 oder 28 Tagen haben Sie die Möglichkeit, die Karenzfrist bei stationärem Krankenhausaufenthalt von mindestens 2 Nächten entfallen zu lassen.

Mit generellem Kündigungsverzicht

### Prämie - Willkommensbonus

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

bis zu einem Eintrittsalter von 40 Jahren bis 90 % der ersten Jahresprämie

bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren bis 60 % der ersten Jahresprämie

bis zu einem Eintrittsalter von 50 Jahren bis 30 % der ersten Jahresprämie

### Versicherungssumme = Deckungsbeitrag

EURO 

### Tarif „Clever“ (mit Staffelnkarenz)

Leistungen vom 4. bis zum 7. Tag der Berufsunfähigkeit 1/3 der Tagesentschädigung, vom 8. bis zum 14. Tag 2/3 der Tagesentschädigung und ab dem 15. Tag die volle Tagesentschädigung. Bei 1 Nacht stationärem Krankenhausaufenthalt entfällt die Karenzfrist.

Entfall der Karenzfrist bei ununterbrochener völliger Arbeitsunfähigkeit von mindestens 42 Tagen 30 % Prämienrückvergütung bei Schadenfreiheit in einem vollen Kalenderjahr

Mit generellem Kündigungsverzicht

### Gefahrenklassen:

#### Gefahrenklasse 1 – Smart / Clever

- Humanärztliche Ordinationen max. VS 400.000 EUR
- Apotheken max. VS 54.000 EUR
- Ordinationen von Psychologen (Smart: Karenzfrist mindestens 14 Tage) max. VS 54.000 EUR
- Ordinationen von Physio-/Ergotherapeuten, Logopäden, selbstständigen Hebammen (Smart: Karenzfrist mindestens 14 Tage) max. VS 54.000 EUR

#### Gefahrenklasse 2 – Smart / Clever

- Zahnärztliche Ordinationen und Dentisten max. VS 400.000 EUR

### Jahresprämie inkl. Versicherungssteuer

EURO 

Die Prämie unterliegt einer jährlichen Prämienanpassung.

### Gesundheitsfragen – Angaben zur versicherten Person:

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

18 Haben Sie in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum hinweg Medikamente oder Drogen genommen? Wenn ja, welche? _____ Von wann bis wann? _____ Wieviele? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
19 Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinienträger? Dioptien li _____ re _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
20 Wie groß ist Ihr täglicher Konsum von Alkohol _____ Koffein _____ Nikotin _____	
21 Erhalten Sie mehr als den bloßen Spesenersatz für bestimmte Sportarten? Wenn ja, bitte um Angabe der Sportart(en)? _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
22 Üben Sie eine der angeführten oder eine andere gefährliche Sportart aus? Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 5/Extrembergsteigen, Bungee-Jumping, Canyoning, Rafting, Free-Climbing, Tauchen mit Mischgas, Motorsport (Autocross, Motocross, Rallyefahren, Motorradfahren), Kampfsportarten, Schwerathletik. Wenn ja, bitte um Angabe der Sportart(en)! _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hausarzt: Name / Adresse \_\_\_\_\_

Detailinformationen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen: Grund der Behandlung, Behandlungs- bzw. Nachbehandlungszeitraum, Name und Anschrift des beh. Arztes oder Spitals. Bitte Frage-Nr. und genaue Antwort, sowie Befundkopie beilegen.

Bemerkungen \_\_\_\_\_

### Bestätigung Gesundheitsfragen

Ich bestätige die eigenhändige, korrekte Beantwortung der Gesundheitsfragen

Ort / Datum \_\_\_\_\_



Unterschrift versicherte Person

## Der Versicherer:

Der Versicherer ist die Helvetia Versicherungen AG, Hoher Markt 10 – 11, 1010 Wien. Aufsichtsbehörde: FMA Österreichische Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

## Vertragsgrundlagen:

BV 000501 Allgemeine Bedingungen für die Sachversicherungen (ABS)  
BV 000507 Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz, Novelle 1994  
BV 127903 Allgemeine Bedingungen für die Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich und selbstständig Tätige (ABUB), Fassung 2007. In Abänderung von Abschnitt A der BV 127903 ABUB gilt Punkt c) „Was ist ein Personenschaden“ als gestrichen. Es besteht somit keine Deckung nach etwaigen Quarantänebestimmungen. Besondere Vertragsbeilagen je nach gewähltem Tarif und Deckungsumfang.

## Gerichtsstand / Anwendbares Recht

Für die aus diesem Versicherungsverhältnis entstehenden Rechtsstreitigkeiten ist ausschließlich das Gericht des inländischen Wohnsitzes des Versicherungsnehmers zuständig, soweit nicht nach internationalen Übereinkommen ein anderer Gerichtsstand zwingend vorgeschrieben ist. Es ist österreichisches Recht anzuwenden.

## Hinweise und Erklärungen

1. Erklärung für Verbraucher im Sinne des § 1 Konsumentenschutzgesetz: Ich/wir habe(n) einen Antrag zu den behördlich genehmigten Geschäftsgrundlagen gestellt, und bestätige(n), dass hierzu keinerlei Nebenabreden getroffen wurden.
2. Ich/wir bestätige(n), dass die nicht beantragten und nicht gekennzeichneten Sparten ausdrücklich von mir/uns nicht gewünscht werden. Über die Rechtsfolgen wurde(n) ich/wir aufgeklärt, insbesondere über die Rechtsfolgen in einem Schadensfall.
3. Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben, auch dann, wenn er dies nicht eigenhändig geschrieben hat. An diesen Antrag hält sich der Antragsteller durch 6 Wochen gebunden.
4. Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Erklärungen gelesen und zur Kenntnis genommen zu habe(n). Mit meiner/unserer Unterschrift werden die Hinweise und Erklärungen zu einem Bestandteil des Antrages. Ich/wir bestätige(n), dass ich/wir eine Zweitschrift dieses Antrags anlässlich der Unterfertigung übernommen habe(n).

## Schlusserklärung

Bindungsdauer: An diesen Antrag ist der Antragsteller 6 Wochen gebunden. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn bei elektronischer Antragsaufnahme auf einem Signaturpad unterschrieben wird.

Verantwortlichkeit für den Antrag: Der Antragsteller und die versicherte(n) Person(en) erklären, dass sie den Antrag richtig, wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt haben. Jeder Gefahrenumstand, nach dem ausdrücklich gefragt wurde, gilt als erheblich. Die Helvetia Versicherungen AG kann bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht gem. §§ 16–22 VersVG (Versicherungsvertragsgesetz) vom Vertrag zurücktreten bzw. diesen anfechten und leistungsfrei sein. Der Vermittler ist nicht berechtigt, verbindliche Erklärungen – insbesondere über die Bedeutung und Erheblichkeit der Fragen an die zu versichernde(n) Person(en) – namens der Helvetia Versicherungen AG abzugeben.

Sonstige Abreden: Es wurden keine mündlichen Abreden getroffen. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, mündliche Erklärungen oder Deckungszusagen für den Versicherer abzugeben.

Schriftform: Zur Wirksamkeit von Kündigungen und Rücktrittserklärungen, Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses, sowie für Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen bedarf es der Schriftform. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ersetzt die eigenhändige Unterschrift nicht.

Geschriebene Form: Für alle anderen Erklärungen und Mitteilungen genügt zu ihrer Wirksamkeit die geschriebene Form (z. B. Telefax oder E-Mail). Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen sind nicht rechtswirksam.

Bei Nichteinhaltung der Formvorschriften kann sich die Helvetia Versicherungen AG auf die Unwirksamkeit der Erklärung aufgrund dieses Formmangels berufen. Wenn sich die Helvetia Versicherungen AG auf die Unwirksamkeit einer nicht in Schriftform abgegebenen Erklärung

beruft, so hat sie diese Unwirksamkeit dem Erklärenden gem. § 1 b (2) VersVG unverzüglich mitzuteilen. Der Erklärende hat binnen 14 Tagen das Recht, diesen Formmangel fristwährend zu beseitigen.

Versicherungssteuer: In der Prämie ist die Versicherungssteuer in der jeweils gesetzlichen Höhe inkludiert.

Zuständigkeit bei Beschwerden: Für den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden ist die Finanzmarktaufsicht (FMA), Bereich Versicherungs- und Pensionskassenaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, zuständig.

Nebengebühren: Dem Antragsteller werden Nebengebühren gem. § 41b VersVG verrechnet, insbesondere Mahnspesen sowie Verzugszinsen im gesetzlich geregelten Ausmaß. Zusätzlicher Verwaltungsaufwand wird dem Versicherungsnehmer verrechnet.

Unterjährige Zahlungsweise: Die Vereinbarung unterjähriger Zahlungsweise (monatlich, viertel- und halbjährlich) beeinträchtigt nicht die Fälligkeit der Jahresprämie. Bei Nichteinhaltung der unterjährigen Zahlungsweise ist die Helvetia Versicherungen AG zur Einforderung der Jahresprämie berechtigt.

Bündelversicherung: Bündelpolizzen bestehen aus Einzelverträgen, die rechtliche Selbstständigkeit besitzen.

Laufzeit: Der Versicherungsvertrag ist auf die vereinbarte Dauer abgeschlossen. Sofern dies den Bedingungen entspricht, verlängert sich die Laufzeit jeweils um ein Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einem der Vertragsteile in Schriftform gekündigt worden ist.

Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz (gilt nur für Verbraucher): Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist berechtigt – sofern der Antrag außerhalb der von der Helvetia Versicherungen AG dauernd benützten Räume unterfertigt wurde – vom Vertrag oder vom Antrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Wirksamkeit der Schriftform. Hat der Antragsteller die geschäftliche Beziehung zum Zwecke der Schließung des Vertrages selbst angebahnt, steht ihm das Rücktrittsrecht nicht zu.

Rücktrittsrecht nach § 3a Konsumentenschutzgesetz (gilt nur für Verbraucher): Der Antragsteller kann binnen einer Woche in Schriftform vom Antrag oder vom Vertrag zurücktreten, wenn für seine Einwilligung maßgebliche Umstände, deren Eintritt als wahrscheinlich dargestellt wurde, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Maßgebliche Umstände sind insbesondere die Aussicht auf steuerliche Vorteile oder die Aussicht auf einen Kredit. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald für den Antragsteller erkennbar ist, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten sind und er eine Belehrung in geschriebener Form über dieses Rücktrittsrecht erhalten hat. Dieses Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages.

Dieses Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller nicht zu, wenn er wusste oder wissen musste, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten oder wenn der Ausschluss dieses Rücktrittsrechts mit dem Antragsteller individuell vereinbart wurde oder sich die Helvetia Versicherungen AG zu einer angemessenen Anpassung des Vertrages bereit erklärt.

Rücktrittsrecht nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz: Die Helvetia Versicherungen AG weist darauf hin, dass der Antragsteller binnen 2 Wochen vom Vertrag zurücktreten kann, wenn der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich abgibt und er nicht unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung ausgehändigt bekommt, oder wenn der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder die in den §§ 9a und 18b Versicherungsaufsichtsgesetz vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Die Rücktrittsfrist beginnt erst nach Ausfolgung der Police zu laufen und erlischt spätestens 1 Monat nach Zugang der Police.

Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz: Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so kann er vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen in Schriftform zurücktreten. Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer die Police und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung, die in §§ 9a und 18b VAG sowie in den §§ 137 Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind.

Die Helvetia Versicherungen AG weist darauf hin, dass dem Versicherungsnehmer das Rücktrittsrecht nicht zusteht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt außerdem spätestens einen Monat nach dem Zugang der Police und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Anzuwendendes Recht: Auf diesen Vertrag ist ausschließlich österreichisches Recht anzuwenden. Ist der Versicherungsnehmer Unternehmer, so wird das für 1010 Wien sachlich zuständige Gericht vereinbart.

## Datenschutzerklärung

Vorvertragliche Anzeigepflicht: Der Antragsteller und die zu versichernde(n) Person(en) sind gemäß § 16 VersVG verpflichtet, die Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern die Helvetia Versicherungen AG die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person(en) richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann die Helvetia Versicherungen AG unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten: Der Antragsteller und die zu versichernde(n) Person(en) stimmen ausdrücklich zu, dass die Helvetia Versicherungen AG

- zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, alle unerlässlichen Auskünfte von praktischen Ärzten und Fachärzten sowie sonstigen vom Antragsteller bzw. der (den) versicherten Person(en) in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge einholen darf.

- zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei

## Zahlungsmodalitäten

Bei unterjähriger Zahlung wird ein Zuschlag verrechnet (1/2 = 2%; 1/4 = 3%; 1/12 = 4%)

### Zahlungsart:

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

### Zahlungsweise:

Einzugermächtigung  Zahlschein

### Abbuchungsauftrag:

besteht zur Pol.-Nr. ....

## SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Gläubiger-Identifikationsnummer AT81ZZZ00000009924

### Einzelmandat

**Wichtig: Bitte füllen Sie alle Felder vollständig und richtig aus. Angaben wie "siehe Antrag" oder "wie oben" sind unzulässig**

### Kontoinhaber / Prämienzahler

Ich ermächtige die Helvetia Versicherungen AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Helvetia Versicherungen AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit der Unterfertigung dieses Mandates bestätige ich die unterzeichnende Person, berechtigt zur Autorisierung der Lastschrift zu sein. Es gilt eine Vorankündigungs-Frist (Pre-Notification) von 5 Tagen als vereinbart. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

Versicherungsnehmer ist Prämienzahler  anderer Prämienzahler

Zuname, Vorname

Straße/Hausnummer/Stiege/Stock/Tür LKZ Postleitzahl Ort

E-Mail

Name des Geldinstitutes

BIC / SWIFT

IBAN

Unterschrift

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Datum

Unterschrift des Vermittlers

## 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 DSGVO.

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

# 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