

GRUPPEN-KRANKENVERSICHERUNG

BEITRITTSERKLÄRUNG zur Gruppen-Krankenversicherung des nachstehenden Versicherungsnehmers.

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

Eingang	Polizzennummer
Ausgang	Name des Mitarbeiters / Beraters
BP - HINWEIS Versicherungsnehmer ist bereits Kunde bei der Wiener Städtischen: ja ☐	
KV Teilungsschlüssel 0,5 MP 1,5 MP	963.000 Kontonummer Berater 9,6

VERSICHERUNGSNEHMER Tel.Nr.: E-Mail: Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben! Zutreffendes bitte ☒ ankreuzen!

Firma (Bezeichnung des Versicherungsnehmers) Unterstützungsinstitut der Bundespolizei 1090 Wien Müllnergasse 23-25	Postleitzahl	Polizzennummer G 75 329
☐ Neuaufnahme eines Dienstnehmers ☐ Neuaufnahme Familienangehörige	☐ Wiederaufnahme ☐ Umwandlung zu Vers.-Nr.	Anmerkung

DIENTSNEHMER Telefonnummer:

Titel, Vorname, Familienname	Dienstverhältnis seit
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort

VERSICHERTE PERSONEN

1	Dienstnehmer siehe oben	Personalnummer	Geburtsdatum T M J	Geschlecht ☐ m ☐ w	Fam.-Stand
2	Ehepartner	Datum der Eheschließung	Geburtsdatum T M J	Geschlecht ☐ m ☐ w	Fam.-Stand
3	Kind		Geburtsdatum T M J	Geschlecht ☐ m ☐ w	Fam.-Stand
4	Kind		Geburtsdatum T M J	Geschlecht ☐ m ☐ w	Fam.-Stand
5	Kind		Geburtsdatum T M J	Geschlecht ☐ m ☐ w	Fam.-Stand

Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Einschlussbeitrag*)	Gesamt-Monatsprämie
	EUR		EUR		EUR		EUR	EUR	EUR
	EUR		EUR		EUR		EUR	EUR	EUR
	EUR		EUR		EUR		EUR	EUR	EUR
	EUR		EUR		EUR		EUR	EUR	EUR
	EUR		EUR		EUR		EUR	EUR	EUR
	EUR		EUR		EUR		EUR	EUR	EUR
								insgesamt	EUR
								Angabe bezahlt	EUR

Die derzeit geltenden Allgemeinen und allfälligen Besonderen Versicherungsbedingungen sind Grundlage des Antrages. Die gewählten Tarife werden auf Grund der derzeitigen Sozialversicherungsverhältnisse berechnet. Bei Wechsel der Pflichtkrankenkasse ist dies dem Versicherer umgehend mitzuteilen. Private Krankenversicherungsverträge dienen der langfristigen Gesundheitsvorsorge. Der Antragsteller verzichtet daher für die Dauer von zwei Jahren ab Vertragsbeginn auf die Ausübung seines Kündigungsrechts, das bedeutet eine Mindestlaufzeit des Versicherungsvertrages von drei Versicherungsjahren.

VERSICHERUNGSBEGINN

01. . 201

PRÄMIENZAHLUNG (nur auszufüllen, wenn kein Betriebsinkasso erfolgt) Zahlungsdauer: bis Vertragsende

Einzug über Kreditkarte ☐ VISA ☐ MASTERCARD ☐ DINERS	Name	Karte Nr.	gültig bis
☐ SEPA-Lastschrift laut beiliegendem Mandat ☐ Sammelverrechnungskonto:	☐ Zahlschein	Angabe EUR	eingezahlt von bei Geldinstitut
Zahlungsfrequenz ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich ☐ monatlich (mit Zahlschein ab einer Mindestprämie von EUR 25,-)	eingezahlt am		

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDEN PERSONEN

Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde eine solche beantragt?						nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐					
ja für	Versicherungsunternehmen	Polizzennummer	Art der Versicherung	von	bis						
Wurde ein Antrag abgelehnt bzw. ein Vertrag gekündigt?						nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐					
ja für	Versicherungsunternehmen	Polizzennummer	Art der Versicherung	von	bis						
Welche Pflichtkasse?						☐ für alle von bis					
☐ von	bis	☐ von	bis	☐ von	bis	☐ von	bis	☐ von	bis	☐ von	bis

GESUNDHEITSERKLÄRUNG BZW. GESUNDHEITSFRAGEN

Die folgenden Fragen richten sich an alle zu versichernden Personen; von Bedeutung sind alle Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Unfallfolgen und auffallenden bzw. von der Norm abweichenden Untersuchungsbefunde, auch wenn sie für unwesentlich gehalten werden. Kann eine Frage nicht mit nein beantwortet werden, so sind ergänzende Angaben zwingend erforderlich. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist die Beantwortung auf einem Beiblatt fortzusetzen und im Antrag auf das Beiblatt hinzuweisen.

Sind bei Ihnen in den letzten fünf Jahren Erkrankungen oder Beschwerden – siehe dazu die beispielhafte Aufzählung bei (*) – aufgetreten oder bestehen derzeit welche? Auch bestehende Folgen nach Unfallverletzungen sind anzugeben.

Sind auffallende bzw. von der Norm abweichende Untersuchungsbefunde (z.B. erhöhte Blutfettwerte, Harnsäurewerte, Leberwerte, Blutzuckerwerte), Allergien oder Zeichen einer Immunschwäche festgestellt worden? Erfolgt Untersuchungen und/oder Behandlungen im Zusammenhang mit Sterilität?

Wenn ja, verwenden Sie bitte nachfolgende Tabelle! nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Wurden Sie in den letzten zehn Jahren in einem Krankenhaus stationär aufgenommen (auch Aufenthalte zu bloßen Untersuchungszwecken sind anzugeben) oder mussten Sie sich einer Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen?

Haben Sie eine erweiterte Heilbehandlung (Kur, Erholung oder Rehabilitation) absolviert?

Wenn ja, verwenden Sie bitte nachfolgende Tabelle! nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

ja, für	Erkrankung, Beschwerden, Gebrechen, Untersuchungsergebnisse	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigungen (Invaliditätsgrad, Dioptrien)	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann	Ausgeheilt seit Monat/Jahr	Nicht ausgeheilt

Sind in den kommenden sechs Monaten Untersuchungen oder Behandlungen geplant? Um welche Untersuchungen/Behandlungen handelt es sich?

Wenn ja, verwenden Sie bitte nachfolgende Tabelle! nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Regelmäßige oder gewohnheitsmäßige Einnahme von Medikamenten oder Drogen (Suchtgiften) bzw. Genuss von Alkohol oder Nikotin?

In welchem Zeitraum? Welche? Wogegen? Wieviel täglich?

ja, für nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Name des Hausarztes oder des Arztes, der über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist. kein Arzt für 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Name:	Adresse:
Name:	Adresse:

Größe und Gewicht? 1 cm kg 2 cm kg 3 cm kg 4 cm kg 5 cm kg

Bei Frauen: Wie viele Geburten hatten Sie? Sind Sie derzeit schwanger (wenn ja, welcher Monat)?

Bei Frauen: Sind eventuell vorausgegangene Schwangerschaften und Entbindungen normal verlaufen? Wenn nein, welche Komplikationen?

--

(*) Wichtig sind insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Krampfadern, anomale Blutdruckwerte), der Lunge und der Atemwege (z.B. Lungenentzündung, Bronchitis, Asthma), der Harn- und Geschlechtsorgane (z.B. Nierensteine, Nieren- oder Harnwegsinfektionen, Prostata- oder Hodenerkrankungen, Eierstock-, Gebärmutter- oder Brustdrüsenkrankungen), Krankheiten der Verdauungsorgane (z.B. Erkrankungen des Magens, des Darms, der Speiseröhre, der Leber, der Galle oder der Bauchspeicheldrüse), Krankheiten des Bewegungsapparats bzw. der Wirbelsäule (z.B. Gelenksabnützungen, Bandscheibenschädigungen, Wirbelsäulenverkrümmung, Knochenerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen), Krankheiten des Gehirns, des Rückenmarks und des Nervensystems bzw. psychische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Depressionen, Neurosen, Multiple Sklerose, Überlastungs- und Erschöpfungskrankheiten sowie Burn Out), Krankheiten der Haut und der Sinnesorgane (z.B. Psoriasis, Neurodermitis, grauer bzw. grüner Star, chronische Mittelohrentzündung, Störungen des Hör- oder Sehvermögens), Krankheiten des Blutes (z.B. Leukämie, Gerinnungsstörungen), Krankheiten der Schilddrüse (z.B. Struma, Funktionsstörungen) und Diabetes (Zuckerkrankheit).

VEREINBARUNG BEZÜGLICH PERSONENBEZOGENER DATEN UND GESUNDHEITSDATEN

1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

1.1. bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller und 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 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 diagnostische 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.

1.2. im Versicherungsfall

Der Antragsteller und 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 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11 a 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 versicherte(n) 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.

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:

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

2.2. Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:

- a) Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
- b) Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
- c) Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung können der betroffene 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.

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.

VEREINBARUNG ZUR FORM VON ERKLÄRUNGEN

Schriftform: Folgende Erklärungen zwischen Versicherer und Antragsteller sind nur in Schriftform wirksam:

- Rücktrittserklärungen nach §§ 5 b und 5 c VersVG;
- Kündigungen;
- 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 angemessenen geänderten Leistungen (§ 178 f Abs 3 VersVG).

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Geschriebene Form: Für andere Erklärungen des Antragstellers 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 entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail).

Formfreiheit: Rücktrittserklärungen nach §§ 3 und 3 a KSchG, § 165 a VersVG sowie § 8 FernFinG sind in jeder Form (z. B. schriftlich, geschriebene Form oder mündlich) wirksam. Es wird allerdings empfohlen, Rücktrittsrechte zu Beweis Zwecken schriftlich oder in geschriebener Form auszuüben.

☐ Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

HINWEISE UND ERKLÄRUNGEN

ANZEIGEPFLICHT

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, Fragen nach gefahrenerheblichen Umständen, insbesondere die Gesundheitsfragen, 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 unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Treten zwischen Antragstellung und Zustellung der Polizza Änderungen in den gefahrenerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen.

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Antragstellers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.

Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit seiner Angaben.

BELEHRUNG ÜBER RÜCKTRITTSRECHTE

§ 3 KSchG

Ein Verbraucher ist – sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benützten Räume abgegeben wurde – berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen 14 Tagen erklärt werden; es genügt eine formfreie dem Versicherer zugehende Rücktrittserklärung; die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Verbraucher jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrages selbst angebahnt hat oder dem Zustandekommen des Vertrages keine Besprechungen zwischen ihm und dem Versicherer oder ihren Beauftragten vorangegangen sind. Der Lauf dieser Frist beginnt mit der Ausfolgung einer Urkunde an den Verbraucher, die zumindest den Namen und die Anschrift des Versicherers, die zur Identifizierung des Vertrags notwendigen Angaben sowie eine Belehrung über das Rücktrittsrecht, die Rücktrittsfrist und die Vorgangsweise für die Ausübung des Rücktrittsrechts enthält. Die Frist beginnt frühestens mit dem Zustandekommen des Vertrags. Die Rücktrittsfrist endet spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrags.

§ 3a KSchG

Ein Verbraucher kann binnen einer Woche von seinem Vertragsantrag oder vom Vertrag zurücktreten, wenn ohne seine Veranlassung für seine Einwilligung maßgebliche Umstände, die bei Abschluss vom Versicherer als wahrscheinlich dargestellt wurden, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten (Mitwirkung oder Zustimmung eines Dritten oder Aussicht auf steuerliche Vorteile, auf eine öffentliche Förderung oder auf einen Kredit). Es genügt eine formfreie dem Versicherer zugehende Rücktrittserklärung. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Verbraucher nicht zu, wenn er bereits bei den Vertragsverhandlungen wusste oder wissen musste, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten werden, der Ausschluss des Rücktrittsrechts im einzelnen ausgehandelt worden ist oder der Versicherer sich zu einer angemessenen Anpassung des Vertrags bereit erklärt. Die Frist beginnt ab Kenntnis des Verbrauchers darüber, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten werden und er eine schriftliche Belehrung über dieses Rücktrittsrecht erhalten hat. Das Rücktrittsrecht erlischt bei Verträgen mit einer ein Jahr übersteigenden Vertragsdauer spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages.

§ 5b VersVG

Hat der Versicherungsnehmer keine Kopie seiner Vertragserklärung oder keine Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung oder vorgesehene Änderungen der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt sind, vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten oder die in den §§ 252, 253 und 255 VAG 2016 sowie in den §§ 137f Abs 7 bis 8 und 137 g in Verbindung mit § 137 h GewO 1994 vorgesehenen Informationen nicht erhalten, so kann er binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform (wenn Schriftform vereinbart worden ist, ansonsten genügt die geschriebene Form, z.B. Telefax oder E-Mail). Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

§ 5c VersVG

Ein Verbraucher kann vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen zurücktreten. Hat der Versicherer 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 welchem dem Versicherungsnehmer die Versicherungspolize und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung, die in den §§ 252, 253 und 255 VAG 2016 sowie in den §§ 137f Abs 7 und 8 und 137 g in Verbindung mit § 137 h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform (wenn Schriftform vereinbart worden ist, ansonsten genügt die geschriebene Form, z.B. Telefax oder E-Mail). Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang der Versicherungspolize und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

§ 8 FernFinG

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (z.B. Telefon, Internet, E-Mail, SMS, Direct-Mail) abgeschlossen, kann ein Verbraucher vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen, bei Lebensversicherungen und bei Fernabsatzverträgen über die Altersversorgung von Einzelpersonen innerhalb von 30 Tagen, formfrei zurücktreten. Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Bei Lebensversicherungen beginnt die Frist mit dem Zeitpunkt, zu dem der Verbraucher über den Abschluss des Vertrags informiert wird. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen. Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Die oben erwähnten gesetzlichen Bestimmungen finden Sie auf unserer Website www.wienerstaedtische.at oder werden Ihnen auf Wunsch kostenfrei zugesandt.

GESETZLICHE BESTIMMUNGEN DES BUNDESBEHINDERTENGLEICHSTELLUNGSGESETZES

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

UMFANG DER VERTRETUNGSMACHT DES VERMITTLERS

Die Vollmacht der mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen betrauten Person bestimmt sich nach § 43 Versicherungsvertragsgesetz; demnach ist der Vermittler nur berechtigt, Anträge und Erklärungen des Antragstellers entgegenzunehmen, die Polizze auszuhändigen und Prämien anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung befindet. Der Vermittler ist daher nicht berechtigt mündliche Erklärungen für den Versicherer abzugeben.

Die Befugnisse des Vermittlers sind in der vom Versicherer ausgestellten Vollmachtsurkunde angeführt; der Vermittler ist zu deren Vorweisung verpflichtet.

Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass das Aufgeben einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen für den Antragsteller im Allgemeinen unzumutbar und für den Versicherer unerwünscht ist.

BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polizze 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 70. Lebensjahr besteht jedoch nach Anträgen auf Sonderklasseversicherung im Rahmen des beantragten Versicherungsschutzes und der diesbezüglichen Versicherungsbedingungen vorläufige Deckung für stationäre Heilbehandlungen in der Sonderklasse/Zweibettzimmer 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 in der zuständigen Landesdirektion, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn. Sie endet – auch für laufende Versicherungsfälle – mit Zustellung der Polizze oder einer Erklärung des Versicherers, den Antrag auf Abschluss einer Sonderklasseversicherung abzulehnen, spätestens aber vier Wochen nach ihrem Beginn.

VERSICHERER

Versicherer ist die **WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG** Vienna Insurance Group, Aktiengesellschaft mit Sitz in 1010 Wien, Schottenring 30; registriert unter der FN 333376i beim Handelsgericht Wien; DVR-Nummer 4001506.

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline +43 (0)50 350 350 oder kundenservice@wienerstaedtsche.at

ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHÖRDE

Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

Für den beantragten Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.

INFORMATIONEN FÜR DIE VERSICHERTE/N PERSON/EN

„Versicherungsnehmer“ ist der Vertragspartner des Versicherers.

„Mitversicherter“ ist eine natürliche Person, die in einem genau definierten Naheverhältnis zum Versicherten steht (z.B. Familienangehöriger).

„Versicherter“ ist ein versichertes Mitglied der versicherten Gruppe (z.B. Vereinsmitglied, Arbeitnehmer).

VERSICHERTE RISIKEN UND LEISTUNGEN

Die Informationen über das zu versichernde Risiko bzw. die damit im Zusammenhang stehenden Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Versicherungsantrag beiliegenden Unterlagen.

VERTRAGSSPITÄLER IN DER KRANKENHAUSKOSTENVERSICHERUNG

Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste unserer Homepage

wienerstaedtsche.at/privat/gesundheits/krankenhaus/sonderklasseversicherung. Sollte eine Änderung der Vertragsspitalsliste nach Vertragsabschluss erforderlich sein, werden Sie gesondert informiert. Die Leistungen für Nichtvertragsspitäler entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Leistungsübersicht für den von Ihnen gewählten Tarif. Sie erhalten beide Unterlagen gemeinsam mit dem Versicherungsvertrag, sollten Sie diese Unterlagen vorher wünschen, senden wir sie Ihnen gerne zu.

WARTEZEITEN NACH VERSICHERUNGSBEGINN

Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehenden medizinisch notwendige 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.

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 (= Polizze) festlegen, hat der Antragsteller das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizze in geschriebener Form zu widersprechen (§ 5 Versicherungsvertragsgesetz, BGBl. Nr. 2/1959, in der jeweils geltenden Fassung), sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.

ÄNDERUNG DER PRÄMIE ODER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherer ist berechtigt, bei Veränderung nachstehender Faktoren eine Änderung der Prämien oder des Versicherungsschutzes vorzunehmen:

- eines vereinbarten Index,
- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwändigkeiten, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen,
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen,
- des Durchschnittsalters einer versicherten Gruppe.

Nähere Informationen zur Prämienentwicklung in den letzten fünf Jahren entnehmen Sie bitte den Unterlagen zu dem Tarif, für den Sie einen Vertragsabschluss planen. Prämien erhöhungen in der Vergangenheit lassen keine zwingenden Rückschlüsse auf jene in der Zukunft zu. Hingewiesen wird jedenfalls darauf, dass die Anpassung dazu führen kann, dass Prämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen.

Wird die Versicherungsprämie aufgrund einer Veränderung der oben angeführten Faktoren erhöht, so kann der Antragsteller verlangen, dass ihm der Versicherer ein Angebot für die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungsumfang unterbreitet.

GEWINNBETEILIGUNG

Der gewählte Tarif unterliegt keiner Gewinnbeteiligung.

ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES

Der Gruppenversicherungsvertrag wird für einen definierten Zeitraum abgeschlossen. Er gilt jeweils um ein Jahr verlängert, wenn er nicht vom Versicherungsnehmer oder vom Versicherer mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des Versicherungsjahres gekündigt wird (sofern im Gruppenversicherungsvertrag nichts Abweichendes bestimmt ist).

Das Versicherungsverhältnis endet außerdem in nachstehenden Fällen:

- Kündigung hinsichtlich einzelner Personen durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherten mit einer Frist von einem Monat frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres.

Kündigt der Versicherungsnehmer oder der Versicherte den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.

- Kündigung des Versicherers zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres
- Prämienzahlungsverzugs des Prämienschuldners.

Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, kann der Versicherer so lange die erste Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, kann der Versicherer den Prämienschuldner auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen zu bezahlen.

Der Versicherer ist berechtigt, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer die Prämie gesammelt bezahlt und nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist.

In allen anderen Fällen ist der Versicherer berechtigt, den betroffenen Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Prämienschuldner laut dem jeweiligen Gruppenversicherungsvertrag nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist.

Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Prämienschuldner innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt.

- **Verletzung einer Obliegenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages.**

Der Antragsteller oder der Versicherte haben vor Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

Hat der Antragsteller oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht kann der Versicherer von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechend höhere Prämie verlangen. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen wird.

- **Verletzung einer Obliegenheit während des Bestehens des Versicherungsvertrages.**

Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten.

Wird diese Informationspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen.

- Erschleichung der Versicherungsleistung, deren Versuch bzw. Mitwirkung.
- Wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
- Wohnsitzverlegung des Versicherten ins Ausland ohne Sondervereinbarung.
- Ausscheiden des Versicherten aus dem im Gruppenversicherungsvertrag zu versichernden Personenkreis.
- Fristgerechte Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer wegen Ausgleich, Konkurs oder Liquidation des Versicherungsnehmers..

WEITERVERSICHERUNG

Bei Ausscheiden aus der Gruppenversicherung oder bei Beendigung des gesamten Gruppenvertrages hat der Versicherte für sich und seine mitversicherten Angehörigen das Recht, innerhalb eines Monats die Fortsetzung der Versicherung als gleichartige Einzelversicherung nach den für die Einzelversicherung geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu verlangen, sofern die Versicherten bei Eintritt in die Gruppenversicherung gemäß den Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherbar waren. Die Prämie erhöht sich durch den Wegfall des im Rahmen der Gruppenversicherung gewährten Nachlasses.

Allfällige für die Dauer der Zugehörigkeit zur Gruppe nicht angewandte besondere Bedingungen wie z.B. Prämienzuschlag oder eine verlängerte Wartezeit gelten für die Einzelversicherung vereinbart. Für die Berechnung der Prämie wird die Versicherungszeit in der Gruppenversicherung angerechnet.

Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung steht dem Versicherten dann zu, wenn diese für alle bisher mitversicherten Familienangehörigen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers beantragt wird.

Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis infolge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung ausscheidet.

RECHTLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE FOLGEN EINER KÜNDIGUNG

Eine Kündigung ist mit folgenden nachteiligen Konsequenzen verbunden:

Sollte in der Zukunft ein Neuabschluss gewünscht werden, ist einerseits eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich und wird andererseits die Prämie nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet.

Im Fall einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausbezahlt und es besteht somit auch kein Anspruch auf die anteilmäßige Alterungsrückstellung.

FÜR DIE VERSICHERUNG GELTENDE STEUERLICHE REGELUNGEN

Die Prämien der Krankenversicherung unterliegen einer 1%igen Versicherungssteuer (§ 6 Abs. 1 VersStG). Prämien für Krankenversicherungen können bei Vorliegen der Voraussetzungen als Sonderausgaben (für vor 1. 1. 2016 geschlossene Versicherungsverträge für die Kalenderjahre bis 2020, nach dem 1. 1. 2016 abgeschlossene Versicherungsverträge können nicht mehr abgesetzt werden) begrenzt durch den Sonderausgabenrahmen gemäß § 18 EStG abgesetzt werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Selbstständige außerdem die Möglichkeit, Werbungskosten geltend zu machen.

Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung ist von Ihren persönlichen Verhältnissen abhängig und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Offene abgabenrechtliche Fragen richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.

Dienstgeber können auch bis zu EUR 300,- als steuerfreie Zukunftssicherung für ihre Mitarbeiter geltend machen, die in eine Lebens-, Unfall- und/oder Krankenversicherung investiert werden kann.

BERICHT ÜBER DIE SOLVABILITÄT UND FINANZLAGE

Der Bericht ist auf unserer Homepage unter www.wienerstaedtsche.at/unternehmen/presse/mediathek/publikationen abrufbar.

Der Versicherungsnehmer stimmt zu - wobei diese Zustimmung verweigert und widerrufen werden kann -, dass die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, die Österreichische Beamtenversicherung, VVaG und die ÖBV Selekt Versicherungsagentur GesmbH seine angegebenen Daten auch dazu verwendet, um mit ihm telefonisch, per Mail, Fax oder SMS zu Beratungs- und Werbezwecken im Hinblick auf Versicherungsprodukte Kontakt aufzunehmen.

☐ ja, ich stimme zu

☐ nein

Ich habe die Produktinformationen, die „Hinweise und Erklärungen“ sowie die „Informationen für die versicherten Personen“ dieses Antrages erhalten und zur Kenntnis genommen. Die „Hinweise und Erklärungen“ enthalten unter anderem die Anzeigepflichten sowie Informationen über den Umfang der Vertretungsvollmacht des Vermittlers, den Beginn des Versicherungsschutzes und das Rücktrittsrecht nach §§ 3 und 3a Konsumentenschutzgesetz bzw. nach §§ 5b und 5c Versicherungsvertragsgesetz. Durch die Unterschrift macht der Antragsteller die Produktinformationen, die „Hinweise und Erklärungen“ sowie die „Informationen für die versicherten Personen“ zum Inhalt des Antrages.

An diesen Antrag hält sich der Antragsteller durch sechs Wochen gebunden. Für die beantragte Versicherung gilt österreichisches Recht. Die Übernahme der Antragszeitschrift wird bestätigt.

Ich übernehme durch meine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben; dies auch dann, wenn die Angaben nicht eigenhändig, sondern von einer anderen Person geschrieben oder elektronisch erfasst wurden.

DIE 2. DURCHSCHRIFT DIESES ANTRAGES VERBLEIBT BEIM KUNDEN!

Ort, Datum	Unterschrift: Berater	Unterschrift: Antragsteller (Bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vormundes erforderlich.)	Unterschrift: zu versichernde volljährige Personen (soweit vom Antragsteller abweichend)

