

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.

VERSICHERUNGSNEHMER/GRUPPENSPIITZE

Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/> Fachverband Unternehmensberatung, Buchhaltung und Informationstechnologie	Wiedner Hauptstraße 63	1045 Wien	G 75.720
<input type="checkbox"/> Fachverband Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten	Stubenring 16 / Top 7	1010 Wien	G 75.721
<input type="checkbox"/> Fachverband Werbung und Marktkommunikation	Wiedner Hauptstraße 57	1040 Wien	G 75.722
<input type="checkbox"/> Fachverband Buch- und Medienwirtschaft	Wiedner Hauptstraße 57	1040 Wien	G 75.723
<input type="checkbox"/> Fachverband Druck	Wiedner Hauptstraße 57	1040 Wien	G 75.724
<input type="checkbox"/> Fachverband Entsorgungs- und Ressourcenmanagement	Wiedner Hauptstraße 63	1045 Wien	G 75.725
<input type="checkbox"/> Fachverband Finanzdienstleister	Wiedner Hauptstraße 63	1045 Wien	G 75.726
<input type="checkbox"/> Fachverband Immobilien- und Vermögenstreuhänder	Wiedner Hauptstraße 57	1040 Wien	G 75.727
<input type="checkbox"/> Fachverband Ingenieurbüros	Schaumburgergasse 20/1	1040 Wien	G 75.728
<input type="checkbox"/> Fachverband Telekommunikations- und Rundfunkunternehmen	Wiedner Hauptstraße 63	1045 Wien	G 75.729
<input type="checkbox"/> Wien	<input type="checkbox"/> Steiermark	<input type="checkbox"/> Kärnten/Osttirol	
<input type="checkbox"/> Niederösterreich	<input type="checkbox"/> Oberösterreich	<input type="checkbox"/> Tirol	
<input type="checkbox"/> Burgenland	<input type="checkbox"/> Salzburg	<input type="checkbox"/> Vorarlberg	
<input type="checkbox"/> Neubeitritt eines Mitglieds/Gesellschafters	<input type="checkbox"/> Neubeitritt eines Dienstnehmers eines Mitgliedsbetriebes	Anmerkung	
<input type="checkbox"/> Neubeitritt eines Dienstnehmers	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme		
<input type="checkbox"/> Neuaufnahme Familienangehörige	<input type="checkbox"/> Umwandlung zu Vers.-Nr.		

VERSICHERTER

Titel, Vorname, Familienname		Mitgliedschaft oder Dienstverhältnis seit	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort	
Name und Anschrift des Wirtschaftskammer-Mitgliedsbetriebs			

VERSICHERTE PERSONEN

1	Versicherter siehe oben		Pflichtkrankenkasse	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Fam.-Stand	
2	Ehepartner, eingetragener Partner, Lebensgefährte mit gemeinsamen Wohnsitz		Pflichtkrankenkasse	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Fam.-Stand	
3	Kind bis zum 20. Geburtstag im gemeinsamen Haushalt		Pflichtkrankenkasse	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Fam.-Stand	
4	Kind bis zum 20. Geburtstag im gemeinsamen Haushalt		Pflichtkrankenkasse	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Fam.-Stand	
5	Kind bis zum 20. Geburtstag im gemeinsamen Haushalt		Pflichtkrankenkasse	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Fam.-Stand	
	Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Gesamtmonatsprämie
1		EUR		EUR		EUR	EUR
2		EUR		EUR		EUR	EUR
3		EUR		EUR		EUR	EUR
4		EUR		EUR		EUR	EUR
5		EUR		EUR		EUR	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, um die Vereinbarung eines der Sozialversicherungseinstufung angepassten neuen Tarifes zu ermöglichen. 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.						insgesamt	EUR
						Angabe bezahlt	EUR

VERSICHERUNGSBEGINN

01. . 201

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

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

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDEN PERSONEN

Besteht oder bestand eine private Krankenversicherung oder wurde eine solche beantragt?		nein für alle <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
ja für	Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung von bis
Wurde ein Antrag abgelehnt bzw. ein Vertrag gekündigt?		nein für alle <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	
ja für	Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung von bis
Welche Pflichtkasse?		<input type="checkbox"/> für alle von bis	
<input type="checkbox"/> von bis	<input type="checkbox"/> von bis	<input type="checkbox"/> von bis	<input type="checkbox"/> 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 Harnwegsentzündungen, Prostata- oder Hodenerkrankungen, Eierstock-, Gebärmutter- oder Brustdrüsenenerkrankungen), 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. Zustimmung zur Antragsprüfung

Der Versicherungsnehmer und sofern dieser nicht auch die zu versichernde Person ist, auch diese, stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, personenbezogene Daten (inkludierend Gesundheitsdaten) durch alle unerlässlichen Auskünfte von den untersuchenden und behandelnden praktischen Ärzten und Fachärzten sowie von sonstigen vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person in Anspruch genommenen Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne dieses Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Diese 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. Zustimmung zur Leistungsfallprüfung

Der Versicherungsnehmer und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne dieses Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen, die von den behandelnden Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder der Gesundheitsvorsorge erteilt werden. Davon umfasst sind auch die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- und Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Pflegebericht, Entlassungsbericht, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die 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 bestehen für den Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.

Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person 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 Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden. (Nur für die Kranken- und Unfallversicherung: Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person nehmen zur Kenntnis, dass sie in solchen Fällen bis zum Abschluss der Leistungsfallprüfung vorauszahlungspflichtig und im Fall der Leistungsfallablehnung selbst zahlungspflichtig werden können.)

Der Versicherungsnehmer 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 Doppelversicherungen) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

2. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankenkostenversicherung

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

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

Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung können der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.

3. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person entbinden die behandelnden Ärzte, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder der Gesundheitsvorsorge im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang ihrer Zustimmungserklärung und des geschilderten Direktverrechnungsauftrags.

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 Versicherungsnehmer und die versicherte(n) Person(en) erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

Informationen gem. Art. 13, 14 DSGVO

Als Versicherungsunternehmen sind wir uns des hohen Stellenwerts bewusst, den Ihre personenbezogenen Daten genießen. Bitte entnehmen Sie unserem beiliegenden „Datenschutzhinweis“, den Sie auch auf unserer Website abrufen können, alle näheren Informationen darüber, wie wir Ihre Daten verarbeiten. Sollten Sie Anliegen oder Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten durch unser Unternehmen haben, ersuchen wir Sie, uns unter den auf diesem Antragsformular ausgewiesenen Kontaktdaten zu kontaktieren.

Vereinbarung zur Form von Erklärungen

Schriftform: Folgende Erklärungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Kündigungen;
- Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung);
- Anzeigen bzw. Aufhebungen von Sicherstellungen (Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung)
- Prämienfreistellung
- Rückkauf
- Antrag auf Änderung der Veranlagung
- Anforderung einer Letztstandspolizze

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 SVG zugeht.

Geschriebene Form: Für andere Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen, insbesondere der Rücktrittserklärungen, genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail).

Ich bin mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

Hinweise und Erklärungen

Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, Fragen nach gefahrerheblichen 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 Polizze Änderungen in den gefahrerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen.

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

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

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).

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 und
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen. Unsere Allgemeinen Versicherungsbedingungen sehen eine entsprechende Prämienumstellung mit der Vollendung des 20. Lebensjahres vor (Tarife wwHELP/EuropaHELP/Kur: 18 Jahre; Tarif BESSER LEBEN Junior wird mit dem 14. Geburtstag auf den Erwachsenenentarif umgestellt).

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 Versicherungsnehmer verlangen, dass ihm der Versicherer ein Angebot für die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungsumfang unterbreitet.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polize oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten. Für Personen 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 Polize oder einer Erklärung des Versicherers, den Antrag auf Abschluss einer Sonderklasseversicherung abzulehnen, spätestens aber vier Wochen nach ihrem Beginn.

Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsvertrag endet jedoch in nachstehenden Fällen:

- Fristgerechte Kündigung durch den Versicherungsnehmer frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres. Kündigt der Versicherungsnehmer 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 wegen:
 - Prämienzahlungsverzuges des Versicherungsnehmers.
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 Versicherungsnehmer auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen zu bezahlen. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt.
 - **Verletzung einer Obliegenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages:**
Der Versicherungsnehmer und 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 Versicherungsnehmer 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

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polizza 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 Polizza 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 333376 i beim Handelsgericht Wien

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline +43 (0)50 350 350 oder per E-Mail an:

kundenservice@wienersaetdtische.at oder an die Beschwerdestelle beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien oder www.sozialministerium.at. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt. Im Falle von Streitigkeiten können Sie sich an die Verbraucherschlichtungsstelle www.verbraucherschlichtung.at wenden. Die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren ist freiwillig.

Zuständige Aufsichtsbehörde

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

Anwendbares Recht

Für den beantragten Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.

Informationen für den Versicherungsnehmer

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.

Vertragsspitaler in der Krankenhauskostenversicherung

Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste unserer Homepage:

wienersaetdtische.at/privat/gesundheits/krankenhaus/sonderklasseversicherung.

Sollte eine Änderung der Vertragsspitalsliste nach Vertragsabschluss erforderlich sein, werden Sie gesondert informiert. Die Leistungen für Nichtvertragsspitaler 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.

Bei Zahnkostentarifen besteht erst nach einer Wartezeit von sechs Monaten Versicherungsschutz.

„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).

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 (= Polizza)

festlegen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizza in geschriebener Form zu widersprechen (§ 5 Versicherungsvertrags-gesetz, BGBl. Nr. 2/1959, in der jeweils geltenden Fassung), sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.

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.
- Tod des Versicherungsnehmers.
Bei Tod des Versicherungsnehmers haben die Versicherten das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland ohne Sondervereinbarung.
Bei entsprechender Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers haben die Versicherten, die ihren Wohnsitz nicht ins Ausland verlegen, das gleiche Fortsetzungsrecht wie beim Tod des Versicherungsnehmers.
- Zusätzliche Endigungsgründe in der Krankengeldversicherung:
 - Fristgerechte Kündigung durch den Versicherer frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres.
 - Fortfall jeglichen Einkommens aus selbstständiger Erwerbstätigkeit bei Selbstständigen/ Beendigung des ständigen Dienst- oder Arbeitsverhältnisses bei Unselbstständigen.
 - Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit.
 - Bezug von Leistungen für die Dauer von 364 Tagen innerhalb von 3 Versicherungsjahren.
 - Vollendung des 65. Lebensjahres.
 - Länger als 3 Monate dauernder Aufenthalt in einem/r psychiatrischen / psychosomatischen Krankenhaus / Krankenhausabteilung.

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 Sonderausgaben-rahmen 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.

Weiterversicherung

Bei Ausscheiden aus der Gruppenversicherung oder bei Beendigung des gesamten Gruppenvertrages hat der Versicherte für sich und seine mit-versicherten 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.

Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

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

Der Versicherungsnehmer stimmt zu, dass die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group seine in diesem Antrag angegebenen Namens- und Kontaktdaten auch dazu verwendet, um ihm telefonisch, per E-Mail, per Fax oder per SMS Informationen über sonstige Versicherungsprodukte der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group zukommen zu lassen. Der Versicherungsnehmer kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen, indem er die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group unter deren auf diesem Antrag ausgewiesenen Kontaktdaten kontaktiert.

Ja, ich stimme zu.

Belehrung über Rücktrittsrechte

Nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

- (1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
- (2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
- (3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 30, Postfach 80, 1010 Wien, oder per E-Mail an kundenservice@wienersaedtsche.at oder per Fax an +43 (0) 50 350 99 20000. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
- (4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
- (5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)

- (1) 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 zurücktreten.
- (2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.
- (3) Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.
- (4) 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 wienersaedtsche.at oder werden Ihnen auf Wunsch kostenfrei zugesandt.

Der Versicherungsnehmer bestätigt, vor Abgabe seiner Vertragserklärung folgende Unterlagen erhalten zu haben: Beratungsprotokoll (mit Empfehlung und Erläuterungen, gegebenenfalls Beratungsverzicht mit vorheriger Warnung), Tarifblatt mit detaillierten Produktinformationen, Antragskopie, standardisiertes Produktinformationsblatt (IPID) und Datenschutzhinweis.

Der Versicherungsnehmer hatte ausreichend Zeit, deren Inhalt zur Kenntnis zu nehmen, zu prüfen und den Vertragsabschluss auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Durch die Unterschrift akzeptiert der Versicherungsnehmer die Behandlung seiner Daten entsprechend den Regelungen des Datenschutzhinweises. An diesen Antrag hält sich der Versicherungsnehmer sechs Wochen lang gebunden.

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