

Gruppen-Sonderklasse Ärztekrankenversicherung

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

04/2014



Versicherungsnehmer

Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation
Verwaltungsadresse: Ferstelgasse 6, 1090 Wien

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

Antragsteller (versicherte/r Arzt/Ärztin)

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname w m

T T T M M J J J J J J

Geb. Datum

Fachrichtung/Berufsbezeichnung/nebenberufliche Tätigkeit

PLZ, Ort (Wohnadresse)

Straße, Hausnummer (Wohnadresse)

Telefon

E-Mail

Pflichtkrankenkasse

von/bis

Vers. Nr.

Zweite versicherte Person

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname w m

T T T M M J J J J J J

Geb. Datum

Fachrichtung/Berufsbezeichnung/nebenberufliche Tätigkeit

PLZ, Ort (Wohnadresse)

Straße, Hausnummer (Wohnadresse)

Telefon

E-Mail

Pflichtkrankenkasse

von/bis

Vers. Nr.

Versicherungsumfang/Prämie

Antragsteller

Sonderklasse Einbett

Tarif: EUR

SecurMed Ambulant

Tarif: EUR

SecurMed Zahn

EUR

SecurMed International

EUR

Kur- und Erholungsaufenthalte

EUR

Gesamtprämie Antragsteller EUR

Zweite versicherte Person

Sonderklasse Einbett

Tarif: EUR

SecurMed Ambulant

Tarif: EUR

SecurMed Zahn

EUR

SecurMed International

EUR

Kur- und Erholungsaufenthalte

EUR

Gesamtprämie zweite vers. Person EUR

Mitversicherte Kinder

In häuslicher Gemeinschaft lebende Kinder gelten bei Beantragung mitversichert (siehe Pkt. 5). Genaue Angaben zu den Kindern sind auf der zweiten und dritten Seite zu machen.

Versicherungsbeginn

0 1 M M J J J J J J
Versicherungsbeginn

Versicherungsdauer: auf unbestimmte Zeit

Kind 1

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname w m

T T M M J J J J J

Geb. Datum

Berufsbezeichnung/Ausbildung

Pflichtkrankenkasse

von/bis Vers. Nr.

Versicherungsumfang/Prämie

Sonderklasse Einbett
Tarif: EUR

SecurMed Ambulant
Tarif: EUR

SecurMed Zahn
EUR

SecurMed International
EUR

Prämie Kind 1 EUR

Kind 2

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname w m

T T M M J J J J J

Geb. Datum

Berufsbezeichnung/Ausbildung

Pflichtkrankenkasse

von/bis Vers. Nr.

Versicherungsumfang/Prämie

Sonderklasse Einbett
Tarif: EUR

SecurMed Ambulant
Tarif: EUR

SecurMed Zahn
EUR

SecurMed International
EUR

Prämie Kind 2 EUR

Kind 3

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname w m

T T M M J J J J J

Geb. Datum

Berufsbezeichnung/Ausbildung

Pflichtkrankenkasse

von/bis Vers. Nr.

Versicherungsumfang/Prämie

Sonderklasse Einbett
Tarif: EUR

SecurMed Ambulant
Tarif: EUR

SecurMed Zahn
EUR

SecurMed International
EUR

Prämie Kind 3 EUR

Kind 4

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Vor- und Zuname w m

T T M M J J J J J

Geb. Datum

Berufsbezeichnung/Ausbildung

Pflichtkrankenkasse

von/bis Vers. Nr.

Versicherungsumfang/Prämie

Sonderklasse Einbett
Tarif: EUR

SecurMed Ambulant
Tarif: EUR

SecurMed Zahn
EUR

SecurMed International
EUR

Prämie Kind 4 EUR

Summe Gesamtjahresbeitrag aller versicherten Personen

Zahlweise: jährlich vierteljährlich
 halbjährlich monatlich

Zahlung mit Zahlschein nicht möglich.

EUR

Antragsfragen Antragsteller

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

.....
Versicherungsunternehmen, Polizzenummer

.....
Art der Versicherung, von bis

- 2) Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen? nein ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

.....
.....

Antragsfragen zweite versicherte Person

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

.....
Versicherungsunternehmen, Polizzenummer

.....
Art der Versicherung, von bis

- 2) Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen? nein ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

.....
.....

Antragsfragen Kind 1

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

.....
Versicherungsunternehmen, Polizzenummer

.....
Art der Versicherung, von bis

- 2) Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen? nein ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

.....
.....

Antragsfragen Kind 2

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

.....
Versicherungsunternehmen, Polizzenummer

.....
Art der Versicherung, von bis

- 2) Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen? nein ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

.....
.....

Antragsfragen Kind 3

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

.....
Versicherungsunternehmen, Polizzenummer

.....
Art der Versicherung, von bis

- 2) Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen? nein ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

.....
.....

Antragsfragen Kind 4

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

.....
Versicherungsunternehmen, Polizzenummer

.....
Art der Versicherung, von bis

- 2) Bestehen akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit diagnostischer Abklärung und Behandlung erforderlich machen? nein ja

Details (falls eine der Fragen mit ja beantwortet wurde)

.....
.....

Der Antragsteller und die versicherten Personen sind gemäß §16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die Antragsfragen richtig u. vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Risikoverhältnisse der zu versichernden Personen richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

T T M M J J J J J
.....
Datum

.....
Unterschrift Antragsteller

.....
Unterschrift zweite versicherte Person

1. Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Verein für ÄrzteService und ÄrztelInformation, Baumannstraße 9, 1030 Wien.
Verwaltungsadresse: Ferstelgasse 6, 1090 Wien.

2. Versicherte Personen/Dauer Versicherungsschutz

2.1 Versicherte Personen sind die mit ausdrücklicher schriftlicher Erklärung diesem Vertrag beigetretenen Ärzte/Ärztinnen sowie DentistInnen und deren angeführte EhepartnerIn/LebensgefährtlIn und deren Kinder.

2.2 Treten zwischen Antragstellung und Zustellung der Police Änderungen gegenüber den nachgefragten Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen. Beginn des Versicherungsschutzes: Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten. Für Personen bis zum 50. Lebensjahr besteht jedoch nach Antrag auf Sonderklasseversicherung im Rahmen des beantragten Versicherungsschutzes und der diesbezüglichen Versicherungsbedingungen vorläufige Deckung für stationäre Heilbehandlungen in der Sonderklasse/Einbettzimmer in Folge von Unfällen nach Antragsdatum, soweit nicht Vorschädigungen behandelt werden bzw. der Unfall nicht Folge einer schon vor Antragsdatum bestehenden Erkrankung war. Diese Deckungszusage gilt nicht für Personen, für die ein Antrag auf Sonderklasseversicherung bereits abgelehnt worden ist. Die vorläufige Deckung beginnt mit dem Einlangen des Antrages beim Verein für ÄrzteService und ÄrztelInformation oder bei der ÄrzteService Gesundheitsvorsorge GmbH, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn. Sie endet – auch für laufende Versicherungsfälle – mit Zustellung der Police oder einer Erklärung des Versicherers, den Antrag auf Beitritt zur Gruppenversicherung einer Sonderklasseversicherung abzulehnen, spätestens aber vier Wochen nach ihrem Beginn.

2.3 Der Versicherungsschutz endet

2.3.1 mit erklärtem Austritt, Streichung oder Kündigung einer oder mehrerer versicherter Personen aus dem Gruppenvertrag durch den Antragsteller; jedenfalls mit erklärtem Austritt, Streichung oder Kündigung des Antragstellers für alle versicherten Personen. Stirbt der versicherte Arzt während aufrechten Versicherungsschutz im Sinne der Vertragsbedingungen, so bleibt der Versicherungsschutz für seine Angehörigen davon unberührt und wird zu unveränderten Konditionen und Prämien weiter geführt.

2.3.2 mit Austritt des Antragstellers aus der Ärztekammer bzw. Zahnärztekammer für alle versicherten Personen gemäß Pkt. 2.1 zur nächsten Hauptfälligkeit.

3. Der Versicherer

Der Versicherer dieses Gruppenvertrages ist die Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 15, 1010 Wien.

Aufsichtsbehörde: FMA Österreichische Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

4. Versichertes Risiko

Versichert gelten die namentlich genannten, dem Gruppenvertrag beigetretenen Personen.

5. Anspruch auf Versicherungsschutz haben

Versichert ist der/die angegebene Arzt/Ärztin. Weiters sein/ihr in häuslicher Lebensgemeinschaft mit ihm/ihr lebender EhepartnerIn/LebensgefährtlIn und deren Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, sofern diese mit ausdrücklicher, schriftlicher Erklärung dem Vertrag beigetreten sind. Kinder gelten jedoch bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres versichert, wenn sie noch in Ausbildung sind sowie keinen eigenen Haushalt besitzen und über kein regelmäßiges Einkommen verfügen. Ein Wohnsitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt und eine Lehrlingsentschädigung gilt nicht als eigenes Einkommen.

6. Versicherte Leistungen

6.1 Kostenersatz für Spitalsaufenthalte im Sonderklasse-Einbettzimmer mit Vertragsspitälern:

- Österreich Tarif: Kostendeckung in allen Vertragskrankenhäusern österreichweit
- Selbstbehalt (halber Selbstbehalt bis 45 Jahre): Selbstbehalt entfällt für Behandlungen nach Unfällen
- Bundesländertarif: Kostendeckung in allen Vertragskrankenhäusern gemäß jeweiligem Bundesländertarif
- Europa-Garantie: Kostendeckung in allen öffentlichen Krankenhäusern und preislich gleichgestellten Privatspitälern
- zusätzlicher Eigenanteil pro Aufenthalt gemäß gewählter Tarifvariante

- Ambulante Operationen (soweit der Eingriff üblicherweise stationär erfolgt): Selbstbehalt (halber Selbstbehalt bis 45 Jahre)
- Transportkostenvergütung
- Bergkosten inklusive Rettungshubschrauber (ab NACA III)
- Sofortschutz nach Unfällen für bis zu 4 Wochen

Ersatzleistungen:

- Ersatzweises Krankenhaustagegeld
 - für Erwachsene
 - für zur Kinderprämie versicherte Personen
- Entbindungsgeld für zur Erwachsenenprämie versicherte Frauen

Inklusivleistungen:

- Freie Wahl Ihres Krankenhauses: öffentliches Spital oder Privatklinik mit dem Arzt Ihres Vertrauens
- Einbettzimmer mit Hotelkomfort (z.B.: Bad, TV, Tageszeitung, Menüwahl, flexible Besuchszeiten)
- Direktverrechnung mit allen Vertragskrankenhäusern
- Begleitkosten im Krankenhaus für versicherte Kinder unter 20 Jahren
- Einholung einer weiteren fachärztlichen Meinung vor jeder Operation
- Kostenlose Prämienfreistellung bis zu 6 Monaten bei finanziellem Engpass (Unfallschutz bleibt trotzdem erhalten)

Die Höhe der Leistung richtet sich nach der gewählten Tarifvariante und wird auf der Police dokumentiert!

6.2 SecurMed Ambulant

- Privatarzt: Schul- und alternativmedizinische Arztleistungen (ausgenommen Zahnarzt), Alternative Heilbehandlung durch Therapeuten sofern ärztlich verordnet (ausgenommen physikalische Behandlungen jeglicher Art) z.B.: Homöopathie, Bachblütentherapie, Akupunktur, Bioresonanztherapie, Traditionelle chinesische Medizin, etc., Ordinationen und Hausvisiten, Hochtechnologische Untersuchungen und Behandlungen (MR, CT, Chemotherapie usw.), Ambulante Operationen, Prophylaktische Impfungen (ohne Reiseimpfung), Tagesklinische Behandlungen

Erweiterte Leistungen ab Tarifvariante SMALL

- Physiotherapie: Schul- und alternativmedizinische physikalische Behandlungen z.B.: Akupressur, Chiropraktik, Osteopathie, Reflexzonenmassage, Shiatsu, Kinesiologie etc., Logopädie, Geburtshilfe durch Hebammen
- Psychotherapie
- Medikamente: Ärztlich verordnete Arzneimittel einschließlich homöopathische Arzneimittel
- Heilbehelfe: z.B.: Hörgeräte, Brillen, Kontaktlinsen, Leichtgipsverbände, Schuheinlagen, Bandagen, etc.

- Mundhygiene

- 100% Rückvergütung: Bei einem Kostenbeitrag durch die Sozialversicherung werden 100% der Aufwendungen ersetzt.

- 80% Rückvergütung: Sollte die Sozialversicherung keine Leistung erbringen, werden 80% des Rechnungsbetrages vergütet

Die Höhe der Jahresleistung richtet sich nach der gewählten Tarifvariante und wird auf der Police dokumentiert!

6.3 SecurMed Zahn

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

Nach Abzug eines Selbstbehaltes von EUR 110,- pro Kalenderjahr und Person werden 60 % der Zahnbehandlungskosten bis zu nachstehenden Jahreshöchstleistungen vergütet:

ab dem ersten Kalenderjahr EUR 550,-

ab dem dritten Kalenderjahr EUR 1.100,-

ab dem fünften Kalenderjahr EUR 2.200,-

Als erstes Kalenderjahr gilt jenes Kalenderjahr, in dem die 6 monatige Wartezeit endet.

- Bonus bei Leistungsfreiheit : Für 2 leistungsfreie Kalenderjahre besteht im jeweils 3. Kalenderjahr Anspruch auf eine Leistung für Mundhygiene im tariflichen Ausmaß bis zu einem Höchstbetrag von EUR 60,- ohne Selbstbehalt und ohne Anrechnung auf die jeweilige Höchstleistung.

6.4 SecurMed International

- 24h-ServiceLine bietet: objektive Informationen von unabhängigen Medizinern, welcher Arzt der Beste ist; Auskünfte zu medizinischen Fragen, Behandlungsarten, Medikamenten und ärztlichen Bereitschaftsdiensten; Informationen über Impf- und Gesundheitsbestimmungen; umfassende Organisation im Krankheitsfall: von der Reise in ein ausländisches Krankenhaus über medizinische Transporte bis hin zur Hotelbuchung.
- Stationäre Krankenhausaufenthalte in allen Staaten der Welt werden bezahlt
- die Transportkosten zur stationären Behandlung ins Ausland - wenn die Behandlung aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist - samt Rücktransport sowie im Inland, wenn medizinisch erforderlich werden übernommen.

6.5 Kur- und Erholungsaufenthalte

- Barleistung bei einem von der Sozialversicherung bewilligten Aufenthalt in einem Kur- und Erholungsheim, in einer Lungenheilstätte oder einem Rehabilitationszentrum.

Detaillierte Informationen zu allen Tarifvarianten und Tarifleistungen können der Police und den Polizenbeilagen entnommen werden.

7. Umfang der Vertretungsvollmacht des Vermittlers

Die Vermittlerin der Gruppenversicherung und des Beitritts zu dieser ist die „Ärztenservice Gesundheitsvorsorge GmbH“. Diese ist Versicherungsmakler im Sinne des §26 Maklergesetz. Der Antragsteller nimmt zur Kenntnis, dass das Aufgeben einer bestehenden Versicherung zum Zwecke des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzweckmäßig und für den Versicherer unerwünscht ist.

8. Rücktrittsrecht

8.1 Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz

Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist – sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benützten Räume unterfertigt wurde – berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrages selbst angebahnt hat.

8.2 Rücktrittsrecht nach § 5 Versicherungsvertragsgesetz

Hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit sie nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder hat er keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten, so kann er binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

8.3 Rücktrittsrecht nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz

Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, kann vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen zurücktreten. Hat der Versicherer dem 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 der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung, die in §§ 9a und 18b VAG sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind. Das Rücktrittsrecht steht dem Versicherungsnehmer nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

Alle Rücktrittsrechte sind vereinbarungsgemäß immer schriftlich geltend zu machen.

Diese Bestimmungen gelten sinngemäß für den Beitrittsantrag und den Beitritt zu einer Gruppenversicherung.

9. Gerichtsstand /Anwendbares Recht

Für die aus diesem Versicherungsverhältnis entstehenden Rechtsstreitigkeiten gilt der gesetzliche Gerichtsstand. Es ist österreichisches Recht anzuwenden. Vertragsgrundlage bilden neben dem Gruppenversicherungsvertrag der Antrag, die Polizza samt Beilagen und die Bedingungen.

10. Unmittelbarer Vertragspartner

Unmittelbarer Vertragspartner des Versicherers ist der Verein für ÄrzteService und ÄrztelInformation. Mit ihm erfolgt rechtsgültig sowohl für den Versicherer als auch für alle Versicherten der gesamte Schriftverkehr. Weiters erfolgen durch den Verein für ÄrzteService und ÄrztelInformation alle Anzeigen, Erklärungen, die den vorliegenden Versicherungsvertrag betreffen. Der Versicherte kann über sämtliche Rechte aus dem Versicherungsvertrag ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers verfügen und diese auch gerichtlich geltend machen. Dem Antragsteller steht das Kündigungsrecht seines Vertrages zu. Ebenso treffen den Versicherten auch die Obliegenheiten des Versicherungsnehmers sinngemäß; siehe § 78 VersVG, insbesondere auch die Pflicht zur Prämienzahlung nach § 38 und § 39 VersVG.

11. Kündigung Vertrag/Austritt aus der Gruppenversicherung

Ein Austritt aus der Gruppenversicherung ist – unter Einhaltung einer einmonatigen Frist – jederzeit zum Ende eines Jahres, erstmals zum Ende des dritten Jahres nach dem Versicherungsbeginn möglich. Der Antragsteller kann weiters auch die Mitgliedschaft für einzelne oder alle mitversicherten Personen unter denselben Bedingungen kündigen. Die Erklärung des Austritts oder der Kündigung bedarf der Schriftform.

12. Vereinbarung bezüglich personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten

12.1 Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

12.1.1 bei Vertragsabschluss

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

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Arztberichte, Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche 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.

12.1.2 im Versicherungsfall

Die versicherte(n) Person(en) stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen darf.

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

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

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

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

12.2. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen 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:

1. Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers: Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
2. Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:
 - a. Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
 - b. Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
 - c. Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung können der betroffene 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.

12.3 Entbindung von der Schweigepflicht

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

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

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

13. Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

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

- Kündigungen und Rücktrittserklärungen,
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses
- Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z.B. Bezugsrechtsänderung)
- Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung,
- In der Lebensversicherung überdies Prämienfreistellung und Rückkauf, Änderung der Veranlagung und Anforderung einer Letztstandspolizze.
- In der Krankenversicherung überdies Anträge auf Ruhendstellung sowie im Falle einer Prämienhöhung durch den Versicherer das Verlangen nach Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen (§ 178f Abs. 3 VersVG).

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

Geschriebene Form: Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

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

Beitrittserklärung

Mit heutigem Datum beantrage ich meinen Beitritt zum Gruppenvertrag Sonderklasse Ärztekrankenversicherung des Vereines für ÄrzteService und Ärztelinformation. An diesen Antrag halte ich mich für sechs Wochen gebunden und bestätige den Erhalt einer Antragsdurchschrift.

.....
 T T M M J J J J J J
 Datum Unterschrift Antragsteller

.....
 T T M M J J J J J J
 Datum Unterschrift zweite versicherte Person

.....
 T T M M J J J J J J
 Datum Unterschrift volljähriger mitversicherter Kinder

.....
 T T M M J J J J J J
 Datum Unterschrift volljähriger mitversicherter Kinder

Vermittlerdaten

.....
 Vermittlername

33333585

.....
 Vermittlernummer

.....
 Unterschrift Vermittler

SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Zahlungsempfänger:

**DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group,
 Schottenring 15, 1010 Wien**

**registriert beim Handelsgericht Wien unter FN 32002m, DVR: 0016683,
 Creditor-ID AT34ZZZ0000003107**

Ich/Wir ermächtige/n die DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der DONAU auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
 Kontoführende Bank/Name

.....
 Kontoführende Bank/Adresse

.....
 BIC/SWIFT

.....
 IBAN

.....
 Kontoinhaber und Unterschrift