Vermittler, Kontonummer

WIENER STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP

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/GRUPPENSPITZE

Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben! Zutreffendes bitte ☒ankreuzen!

☐ Fachverband Unternehmensberatung, Buchhaltung und Informationstechnologie	Wiedner Hauptstraße 63	1045 Wien	G75.720
☐ Fachverband Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten	Stubenring 16/ Top 7	1010 Wien	G75.721
☐ Fachverband Werbung und Marktkommunikation	Wiedner Hauptstraße 57	1040 Wien	G75.722
☐ Fachverband Buch- und Medienwirtschaft	Wiedner Hauptstraße 57	1040 Wien	G75.723
☐ Fachverband Druck	Wiedner Hauptstraße 57	1040 Wien	G75.724
☐ Fachverband Entsorgungs- und Ressourcenmanagement	Wiedner Hauptstraße 63	1045 Wien	G75.725
☐ Fachverband Finanzdienstleister	Wiedner Hauptstraße 63	1045 Wien	G75.726
☐ Fachverband Immobilien- und Vermögenstreuhänder	Wiedner Hauptstraße 57	1040 Wien	G75.727
☐ Fachverband Ingenieurbüros	Schaumburgergasse 20/1	1040 Wien	G75.728
☐ Fachverband Telekommunikations- und Rundfunkunternehmungen	Wiedner Hauptstraße 63	1045 Wien	G75.729

☐ Wien	☐ Steiermark	☐ Kärnten/Osttirol
☐ Niederösterreich	☐ Oberösterreich	☐ Tirol
☐ Burgenland	☐ Salzburg	☐ Vorarlberg

☐ Neueintritt eines Mitglieds/Gesellschafters	☐ Neubeitritt eines Dienstnehmers eines Mitgliedsbetriebes	Anmerkung
☐ Neueintritt eines Dienstnehmers	☐ Wiederaufnahme	
☐ Neuaufnahme Familienangehörige	☐ Umwandlung zu Vers. -Nr.	

VERSICHERTER

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

VERSICHERTE PERSONEN

	Versicherter	Pflichtkrankenkasse	Geburtsdatum	Geschlecht	Fam. -Stand
1	siehe oben		T M J	☐m ☐w	
2	Ehepartner, eingetragener Partner, Lebensgefährte mit gemeinsamen Wohnsitz		T M J	☐m ☐w	
3	Kind bis zum 20. Geburtstag im gemeinsamen Haushalt		T M J	☐m ☐w	
4	Kind bis zum 20. Geburtstag im gemeinsamen Haushalt		T M J	☐m ☐w	
5	Kind bis zum 20. Geburtstag im gemeinsamen Haushalt		T M J	☐m ☐w	
6	Kind bis zum 20. Geburtstag im gemeinsamen Haushalt		T M J	☐m ☐w	

	Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Tarif	Monatsprämie	Gesamtmonatsprämie
1		EUR		EUR		EUR		EUR		EUR	EUR
2		EUR		EUR		EUR		EUR		EUR	EUR
3		EUR		EUR		EUR		EUR		EUR	EUR
4		EUR		EUR		EUR		EUR		EUR	EUR
5		EUR		EUR		EUR		EUR		EUR	EUR
6		EUR		EUR		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

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 ☐ 6 ☐

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 ☐ 6 ☐

ja für	Versicherungsunternehmen	Polizzennummer	Art der Versicherung	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.

Besteht eine Beeinträchtigung der Sehkraft? nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
ja für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

Wenn ja, Anzahl der Dioptrien: ①..... links ..... rechts ②..... links ..... rechts ③..... links ..... rechts ④..... links ..... rechts ⑤..... links ..... rechts ⑥..... links ..... rechts

Übt die versicherte Person eine Sportart vertraglich oder in einer Liga aus? nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐
Wenn ja, welche Sportart? ja für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

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? Erfolgten Untersuchungen und/oder Behandlungen im Zusammenhang mit Sterilität?
Wenn ja, verwenden Sie bitte nachfolgende Tabelle! nein für alle ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

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 ☐ 6 ☐

ja, für	Erkrankungen, 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 ☐ 6 ☐

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 ☐ 6 ☐

Name des Hausarztes oder des Arztes, der über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist. Kein Arzt für 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐

	Name:	Adresse:
	Name:	Adresse:

Größe und Gewicht? ①..... cm ..... kg ②..... cm ..... kg ③..... cm .....kg ④..... cm .....kg ⑤..... cm .....kg ⑥ ..... 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 Brustdrüsenerkrankungen), 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).

PRÄMIENZAHLUNG (nur ausfüllen, wenn kein Betriebsinkasso erfolgt)

Zahlungsdauer: bis Vertragsende

☑ SEPA-Lastschrift laut beiliegendem Mandat ☐ Sammelverrechnungskonto:	☐ Zahlschein	Angabe EUR	eingezahlt von
Zahlungsfrequenz ☐ jährlich ☐ halbjährlich ☐ vierteljährlich	☑ monatlich (mit Zahlschein ab einer Mindestprämie von EUR 25,-)	eingezahlt am	bei Geldinstitut

Vereinbarung bezüglich personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten

1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten gemäß § 11a VersVG

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 Einwilligung 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 den Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen derKrankenversorgung 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 Versicherungsfalls 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:

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.

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 den 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.**

Hauptkorrespondenzpartner

Der Versicherte ist Hauptkorrespondenzpartner des Versicherers.

☐ **Die mitversicherte(n) Person(en) erklärt/erklären sich ausdrücklich damit einverstanden, dass der Versicherer Informationen über Vertrags- und grundlegende Leistungsdaten der mitversicherte(n) Person(en) an den Versicherten weitergeben darf. Diese Zustimmung bezieht sich auch auf Gesundheitsdaten, auch wenn diese von Dritten (insbesondere von Gesundheitsdienstleistern wie Ärzten oder Krankenanstalten) vom Versicherer ermittelt wurden. Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.**

Informationen gem. Art. 13, 14 DSGVO

Die Beilage „Datenschutzhinweis“ zu diesem Dokument wurde mir zur Kenntnis gebracht. Dieser Datenschutzhinweis ist auch auf der Website wienerstaedtische.at abrufbar. Bei Anliegen oder Fragen zur Verarbeitung meiner Daten durch den Versicherer kann ich den Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@wienerstaedtische.at 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 imZusammenhang 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, die Fragen nach den gefahrenerheblichen Umständen 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 vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und in diesem Fall die Leistung verweigern. Tretenzwischen Antragstellung und Zustellung der Polizze Änderungen in den gefahrenerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen. 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).

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.

Sanktionsklausel
Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

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
Kontaktdaten: Tel.: 050 350-20000, kundenservice@wienerstaedtische.at, wienerstaedtische.at

Beschwerden
Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline 050 350 350 oder kundenservice@wienerstaedtische.at" oder an die Beschwerdestelle beim Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien oder versicherungsbeschwerde@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 und zuständige Aufsichtsbehörde
Für den Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.
Zuständige Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht,Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

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.

Vertragsspitäler in der Krankenhauskostenversicherung
Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste unserer Website:
wienerstaedtische.at/vertragskrankenhaus.
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 diese Unterlagen gemeinsam mit dem Versicherungsvertrag, sollten Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste oder die aktuelle Leistungsübersicht 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 notwendigen 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 Ausschlüssevom 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 Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizze in geschriebenerForm 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 desVersicherungsschutzes 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 Sozial-versicherungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für dieInanspruchnahme dieser Einrichtungen und
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Hat ein Kind das 20. Lebensjahr bzw. bei den Tarifen wwHELP, EuropaHELP und Kur das 18. Lebensjahr vollendet, sind abfolgenden Zeitpunkten die Prämien zu bezahlen, die der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in dieVersicherung eintreten:

- Tarife wwHELP, EuropaHELP und Kur: ab dem 1. des auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgenden Monats
- Alle anderen Tarife: ab dem 1. des Monats, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird
- Darüber hinaus gelten allfällige Sondervereinbarungen im Krankengruppenversicherungsvertrag

Tarif BESSER-LEBEN Junior: Ab dem 1. des Monats, in dem das 14. Lebensjahr vollendet wird, erfolgt automatisch eineUmstellung auf Tarif BESSER-LEBEN (Erwachsenentarif) und es sind jene Prämien zu bezahlen, die der Tarif für Personenvorsieht, die mit 14 Jahren in die Versicherung eintreten.

Der Versicherte erhält 3 Wochen vor der diesbezüglichen Prämienumstellung die neue Polizze mit der Erwachsenenprämie.Er hat das Recht, innerhalb von 2 Wochen nach Erhalt dieser Polizze den Versicherungsvertrag für das von der Prämienerhöhung betroffene Kind zum Umstellungszeitpunkt zu kündigen.

Nähere Informationen zur Prämienentwicklung in den letzten fünf Jahren entnehmen Sie bitte den Unterlagen zu dem Tarif,für den Sie einen Vertragsabschluss planen. Prämienerhöhungen in der Vergangenheit lassen keine zwingenden
Rückschlüsse auf jene in der Zukunft zu. Hingewiesen wird jedenfalls darauf, dass die Anpassung dazu führen kann, dassPrämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen. Wird die Versicherungsprämie aufgrund einer Veränderung der oben angeführten Faktoren erhöht, so kann derVersicherungsnehmer verlangen, dass ihm der Versicherer ein Angebot für die Fortsetzung des Vertrages mit höchstensgleichbleibender 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 Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versichererszustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbartenVersicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten.
Für Personen bis zum 70. Lebensjahr besteht jedoch nach Anträgen auf Sonderklasseversicherung im Rahmen desbeantragten Versicherungs-schutzes und der diesbezüglichen Versicherungsbedingungen vorläufige Deckung für stationäreHeilbehandlungen in der Sonderklasse/Zweibett-zimmer in Folge von Unfällen nach Antragsdatum, soweit nichtVorschädigungen behandelt werden bzw. der Unfall nicht Folge einer schon vor Antragsdatum bestehenden Erkrankungwar. Diese Deckungszusage gilt nicht für Personen, für die ein Antrag auf Sonderklasseversicherung bereits abgelehntworden ist. Die vorläufige Deckung beginnt mit dem Einlangen des Antrages in der zuständigen Landesdirektion, jedochnicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn. Sie endet – auch für laufende Versicherungsfälle – mit Zustellung derPolizze 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/Rücktritt 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, solange die erste Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten, wenn er den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges hingewiesen hat. 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 und er den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges hingewiesen hat. 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 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 **nur** 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 anteilsmäßige 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 künftigenÄnderungen 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 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.

Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht ist auf unserer Websiteunterwienerstaedtische.at/solvabilitaet abrufbar.

Die/der VersicherungsnehmerIn bzw. die VersicherungsnehmerInnen stimmen zu, dass die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group die, in diesem Antrag angegebenen, Namens- und Kontaktdaten auch dazu verwendet, um sie/ihn telefonisch, per E-Mail, per Fax oder per SMS über sonstige Versicherungsprodukte der WIENER STÄDTISCHEN Versicherung AG Vienna Insurance Group zu informieren.
Alle VersicherungsnehmerInnen können diese Zustimmung jederzeit widerrufen. Dafür reicht eine Meldung an die, auf diesem Antrag angeführten, Kontaktdaten.
☐ **Ja, ich stimme zu.**

Zustimmung nach Telekommunikationsgesetz

Ich/Wir stimme(n) zu, dass die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group („WIENER STÄDTISCHE“) die in diesem Antrag angegebenen Namens- und Kontaktdaten auch dazu verwendet, um mich/uns telefonisch, per E-Mail, SMS oder Apps zur Beratung und Betreuung zu kontaktieren oder auf diesen Kanälen Werbung über Versicherungsprodukte, Produkterweiterungen und -neuerungen, vertragsergänzende Services, Schadenservices und Umfragen zur Markt- und Meinungsforschung der WIENER STÄDTISCHE zu unterbreiten. Ein Widerruf dieser Zustimmung ist jederzeit, unter anderem per E-Mail an kundenservice@wienerstaedtische.at, möglich.
☐ **Ja, /ich/wir stimme/n zu** ☐ **Nein /ich/wir stimme/n nicht 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. des Versicherungsscheins), 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@wienerstaedtische.at oder per Fax an 050 350 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, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrungauszuüben.

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 wienerstaedtische.at oder werden Ihnen auf Wunsch kostenfrei zugesandt.

Der Vermittler bestätigt, vor Unterfertigung durch den Versicherungsnehmer die Wünsche und Bedürfnissedes Versicherungsnehmers anhand dessen Angaben ermittelt zu haben. Er bestätigt weiters, den Versicherungsnehmerin objektiver und verständlicher Form über das Versicherungsprodukt informiert zu haben. Insbesondere hat er dem Versicherungsnehmer auch die oben angeführten Unterlagen ausgehändigt. Durch seine Unterschrift bestätigt der Vermittler, dem Versicherungsnehmer durch persönliche Beratung eine wohlinformierte Entscheidung ermöglicht zuhaben sowie dass das gewählte Produkt den Wünschen und Bedürfnissen des Versicherungsnehmers entspricht.

Der Vermittler willigt ein, dass seine im Bezug auf die Vermittlung von diesem Gruppenvertrag zugehörigen Verträgen bekanntgegebenen Daten der vermittelten Verträge (insbesondere Anzahl, Beginn, Ablauf, Prämie; keine personenbezogenen Daten von Kunden) vom Versicherer den für die Gruppenverwaltung Verantwortlichen bekannt gegeben werden.

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 Vermittlernummer	Unterschrift: Versicherungsnehmer (Bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vormundes erforderlich.)	Unterschrift: zu versichernde volljährige Personen (soweit vom Versicherungsnehmer abweichend)

WIENER STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT (ERMÄCHTIGUNG)
für österreichische Bankverbindungen

Zahlungsempfänger	WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group Schottenring 30, 1010 Wien registriert beim Handelsgericht Wien unter FN 333376i, DVR 4001506
Creditor-ID	AT18ZZZ00000003104

Ich/Wir ermächtige/n die WIENER STÄDTISCHE 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 Wiener Städtischen 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.

Polizzennummer		
Familienname	Vorname	Titel
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort		

IBAN	
BIC	

Ort, Datum	Unterschrift/en

51EGS10 (14.03)