

Eingang	Polizzenummer
Ausgang	Name des Mitarbeiters, Kontonummer
BIB-Nummer	BP - HINWEIS Versicherungsnehmer ist bereits Kunde bei der Wiener Städtischen: ja <input type="checkbox"/>
BV-Nummer	Kontonummer f. Orga-Schlüssel

KRANKENGELDVERSICHERUNG KXU28

ANTRAG nach den derzeit geltenden, dem gewählten Tarif entsprechenden Versicherungsbedingungen. Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

- Neuaufnahme Umwandlung zu Vers. Nr.
 Wiederaufnahme Zusatz zu Vers. Nr.
 Steuerbrief Kündigungsrücknahme zu Vers. Nr.

VERSICHERUNGSNEHMER Tel. berufl.: _____ Tel. priv.: _____ Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben!

Titel, Vorname, Familienname		Beruf/Nebenberuf		Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Geburtsdatum T M J	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort		Fam.-Stand		Staatsbürgerschaft	

TARIFAUSWAHL UND PRÄMIE

VB = Versicherungsbeginn

LJ (Lebensjahr) Berechnung: Versicherungsjahr minus Geburtsjahr = Abschlussalter	VB: 18.-35. LJ	VB: 36.-50. LJ
KXU 28/10: EUR 10,- Krankengeld täglich netto (gerundet EUR 300,- monatlich netto) = monatliche Prämie:	<input type="checkbox"/> EUR 5,82	<input type="checkbox"/> EUR 7,28
KXU 28/20: EUR 20,- Krankengeld täglich netto (gerundet EUR 600,- monatlich netto) = monatliche Prämie:	<input type="checkbox"/> EUR 11,65	<input type="checkbox"/> EUR 14,56
KXU 28/30: EUR 30,- Krankengeld täglich netto (gerundet EUR 900,- monatlich netto) = monatliche Prämie:	<input type="checkbox"/> EUR 17,47	<input type="checkbox"/> EUR 21,84

VERSICHERUNGSBEGINN: 01. . 201

Mit diesem Antrag können nur Personen ab der Vollendung des 18. Lebensjahres bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres versichert werden!

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankengeldversicherung für unselbstständig Erwerbstätige nach Tarif KU, KXU sind Grundlage des Antrages. Die gewählten Tarife werden auf Grund der derzeitigen Sozialversicherungsverhältnisse berechnet. Bei Wechsel der Pflichtkrankenkasse ist dies dem Versicherer umgehend mitzuteilen. Private Krankenversicherungsverträge dienen der langfristigen Gesundheitsvorsorge. Der Versicherungsnehmer verzichtet daher für die Dauer von zwei Jahren ab Vertragsbeginn auf die Ausübung seines Kündigungsrechts, das bedeutet eine Mindestlaufzeit des Versicherungsvertrages von drei Versicherungsjahren.

PRODUKTINFORMATIONEN

Die Krankengeldversicherung für öffentlich Bedienstete sieht bei einer durch Krankheit oder Unfall hervorgerufenen Berufsunfähigkeit ein tägliches Krankengeld vor. Dieses Krankengeld wird **ab dem 29. Tag** der Berufsunfähigkeit gezahlt und darf nicht mehr als 80 % des täglichen Verdienstentgangs betragen. Es wird als Barleistung ausgezahlt.

Es besteht keine allgemeine Wartezeit.

Die Versicherung endet unter anderem mit dem Ende der Tätigkeit als öffentlich Bediensteter, spätestens aber mit Ende des Versicherungsjahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird.

Für einen vergleichbaren Tarif betrug die durchschnittliche jährliche Prämienerrhöhung der letzten fünf Jahre 0 %.

Aus dem durchschnittlichen Wert kann keine verlässliche Aussage für den konkreten Versicherungsvertrag abgeleitet werden.

Eine Versicherung nach diesem Tarif kann grundsätzlich ohne Überprüfung des Gesundheitszustands abgeschlossen werden. Um die Beantwortung eines vollständigen Gesundheitsfragebogens werden folgende Personen gebeten:

- Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig sind
- Personen, die einen Herzinfarkt oder Schlaganfall (auch Hirnblutungen) erlitten haben bzw. Eingriffe am Herzen hatten (z.B. Herzkatheter, Dilatation, Bypass-Operation)
- Personen, bei denen chronische Erkrankungen der Lunge bzw. der Atemwege (z.B. Asthma) aufgetreten sind
- Personen, bei denen bösartige Erkrankungen (z.B. Krebs, Leukämie) aufgetreten sind
- Personen, bei denen Erkrankungen bzw. Störungen des Nervensystems sowie Behinderungen, angeborene Anomalien oder psychische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Depressionen, Neurosen, Multiple Sklerose, Überlastungs- und Erschöpfungskrankheiten, Burn-out etc.) aufgetreten sind
- Personen, bei denen Diabetes aufgetreten ist
- Personen, bei denen eine HIV-Infektion festgestellt wurde oder eine schwere chronische Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis B oder C) besteht
- Personen, bei denen Demenz festgestellt wurde

Für Krankheiten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind (= Vorerkrankungen), besteht Versicherungsschutz ab dem 2. Versicherungsjahr.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die oben genannten Umstände weder für mich noch für die mitzuversichernde(n) Person(en) zutreffen.

Sollte doch einer dieser Umstände zutreffen, bitten wir um Beantwortung der vollständigen Gesundheitsfragen unseres Standardantrages, um die Möglichkeit für den Abschluss dieses Tarifs aufgrund des individuellen Gesundheitszustands zu prüfen.

PRÄMIENZAHLUNG 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

VEREINBARUNG BEZÜGLICH PERSONENBEZOGENER DATEN UND GESUNDHEITSDATEN

1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

1.1. bei Vertragsabschluss

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

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

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

1.2. im Versicherungsfall

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

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

Im Fall einer solchen Datenermittlung wird der Betroffene 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11 a VersVG besteht für die versicherte(n) Person(en) auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Macht eine versicherte Person von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so hat sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer und die versichert(en) 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 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 Mehrfachversicherung) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

2. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

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

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

VEREINBARUNG ZUR FORM VON ERKLÄRUNGEN

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

- Rücktrittserklärungen nach §§ 5 b und 5 c VersVG;
- Kündigungen;
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses;
- Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung);
- Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung;
- in der Lebensversicherung überdies Prämienfreistellung und Rückkauf, Änderung der Veranlagung und Anforderung einer 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 angemessenen geänderten Leistungen (§ 178f Abs 3 VersVG).

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

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

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

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

HINWEISE UND ERKLÄRUNGEN

ANZEIGEPFLICHT

Der Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, Fragen nach gefahrenerheblichen Umständen, insbesondere die Gesundheitsfragen, richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm übernommene Gefahr richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Treten zwischen Antragstellung und Zustellung der Polizze Änderungen in den gefahrenerheblichen 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.

BELEHRUNG ÜBER RÜCKTRITTSRECHTE

§ 3 KSchG

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

§ 3a KSchG

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

§ 5b VersVG

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

§ 5c VersVG

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

§ 8 FernFinG

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

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

GESETZLICHE BESTIMMUNGEN DES BUNDESBEHINDERTENGLEICHSTELLUNGSGESETZES

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

UMFANG DER VERTRETUNGSMACHT DES VERMITTLERS

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

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

Der Versicherungsnehmer 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.

BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; vorher besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn und nicht vor Ablauf der nach den Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten.

Für Personen bis zum 70. Lebensjahr besteht jedoch nach Anträgen auf Sonderklasseversicherung im Rahmen des beantragten Versicherungsschutzes und der diesbezüglichen Versicherungsbedingungen vorläufige Deckung für stationäre Heilbehandlungen in der Sonderklasse/Zweibettzimmer in Folge von Unfällen nach Antragsdatum, soweit nicht Vorschädigungen behandelt werden bzw. der Unfall nicht Folge einer schon vor Antragsdatum bestehenden Erkrankung war. Diese Deckungszusage gilt nicht für Personen, für die ein Antrag auf Sonderklasseversicherung bereits abgelehnt worden ist. Die vorläufige Deckung beginnt mit dem Einlangen des Antrages in der zuständigen Landesdirektion, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn. Sie endet – auch für laufende Versicherungsfälle – mit Zustellung der Polizze oder einer Erklärung des Versicherers, den Antrag auf Abschluss einer Sonderklasseversicherung abzulehnen, spätestens aber vier Wochen nach ihrem Beginn.

VERSICHERER

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

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

ZUSTÄNDIGE AUFSICHTSBEHÖRDE

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

VERTRAGSSPITÄLER 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 Nichtvertragsspitäler entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Leistungsübersicht für den von Ihnen gewählten Tarif. Sie erhalten beide Unterlagen gemeinsam mit dem Versicherungsvertrag, sollten Sie diese Unterlagen vorher wünschen, senden wir sie Ihnen gerne zu.

WARTEZEITEN NACH VERSICHERUNGSBEGINN

Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehenden medizinisch notwendige Heilbehandlungen und für Fehlgeburten besteht mangels anderer Vereinbarung Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss, während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft.

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

LEISTUNGSAUSSCHLÜSSE

In Gesetzen sowie den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sind Einschränkungen und Ausschlüsse vom Versicherungsschutz formuliert, wie beispielsweise:

- für Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben;
- für Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren;
- in Krankenanstalten und Abteilungen für Geriatrie.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Aufzählung nur demonstrativ und daher nicht abschließend ist.

Sollte der Versicherer individuelle Wartezeiten und/oder Leistungsausschlüsse im Versicherungsschein (= Polizze) festlegen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizze in geschriebener Form zu widersprechen (§ 5 Versicherungsvertragsgesetz, BGBl. Nr. 2/1959, in der jeweils geltenden Fassung), sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.

ÄNDERUNG DER PRÄMIE ODER DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

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

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

GEWINNBETEILIGUNG

Der gewählte Tarif unterliegt keiner Gewinnbeteiligung.

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 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 Rückkaufwert ausbezahlt und es besteht somit auch kein Anspruch auf die anteilmäßige Alterungsrückstellung.

FÜR DIE VERSICHERUNG GELTENDE STEUERLICHE REGELUNGEN

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

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

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

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

BERICHT ÜBER DIE SOLVABILITÄT UND FINANZLAGE

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

Der Versicherungsnehmer stimmt zu – wobei diese Zustimmung verweigert und widerrufen werden kann –, dass die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group seine Daten auch dazu verwenden darf, um mit ihm telefonisch, per E-Mail, Fax oder SMS zu Beratungs- und Werbezwecken im Hinblick auf Versicherungsprodukte Kontakt aufzunehmen.

- ja, ich stimme zu
 nein

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

An diesen Antrag hält sich der Versicherungsnehmer durch 6 Wochen gebunden. Für die beantragte Versicherung gilt österreichisches Recht. Die Übernahme der Antragszweitschrift wird bestätigt.

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

DIE 2. DURCHSCHRIFT DIESES ANTRAGES VERBLEIBT BEIM KUNDEN!

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