

Unfallversicherung

Antrag auf

Unfallversicherung für Ärzte und Zahnärzte sowie für freie Berufe

mit Wertanpassung und ohne Sofortschutz. Antrag auf Abschluss eines neuen Vertrags nach dem zwischen den Versicherern und Ihrer Kammer vereinbarten Rahmenvertrag.

Antragsdaten	
Versicherungsbeginn:	
Versicherungsablauf:	
Erstellungsdatum:	
Art des Antrags:	Konsumentengeschäft: ☐ Ja ☐ Nein
BetreuerIn:	
Betreuernummer:	
Ersetzt Polizzenummer:	

VersicherungsnehmerIn
Titel, Vorname, Nachname:
Geburtsdatum:
Firmenbuchnummer:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:
Familienstand:
Nationalität:
Beruf/Nebenberuf:
Telefonnummer:
E-Mail:
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Unfallversicherung

Angaben über die versicherte Person (nur ausfüllen, wenn von VersicherungsnehmerIn abweichend)

1	Titel, Vorname, Nachname:
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	
Familienstand:	
Beruf/Nebenberuf:	
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	

Angaben über weitere zu versichernde Person (für die Familienunfallversicherung)

2	EhepartnerIn oder LebensgefährtIn – Titel, Vorname, Nachname:
Geburtsdatum:	
Beruf/Nebenberuf:	
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
3	Kind – Vorname, Nachname:
Geburtsdatum:	
Beruf/Nebenberuf:	
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
4	Kind – Vorname, Nachname:
Geburtsdatum:	
Beruf/Nebenberuf:	
Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	

Unfallversicherung

Abweichende Zustelladresse (nur ausfüllen, wenn von der Adresse der Versicherungsnehmerin/des Versicherungsnehmers abweichend)
Titel, Vorname, Nachname:
Geburtsdatum:
Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:

Sportausübung / Andere Versicherungen			
Übt die versicherte Person eine Sportart vertraglich oder in einer Liga oder eine gefährliche Freizeitaktivität aus?	☐ Nein ☐ Ja	Wer?	Welche?
Ist die versicherte Person in ihrem Beruf besonderen Gefahren ausgesetzt?	☐ Nein ☐ Ja	Wer?	Welchen?
Bei einem Versicherungsunternehmen wurde eine ☐ Unfallversicherung ☐ Krankenversicherung ☐ Lebensversicherung ☐ abgeschlossen ☐ beantragt ☐ gekündigt ☐ abgelehnt ☐ trifft nicht zu			
Für wen?	Name des Unternehmens	Polizzenummer	Prämie Ablauf oder Tag der Kündigung bzw. Ablehnung

Unfallversicherung

Unfallschutz – Versicherungssummen und Prämien			
	☐ Grunddeckung Invaliditätsleistung ab 20 % dauernder Invalidität	☐ Variante 1 Invaliditätsleistung ab 1 % Inv.-Grad	☐ Variante 2 Invaliditätsleistung ab 20 % dauernder Invalidität
Dauernde Invalidität (400 % Progression) max. Leistung bei 100 % Dauerinvalidität	EUR 506.620,– EUR 2.026.480,–	EUR 289.520,– EUR 1.158.080,–	EUR 231.650,– EUR 926.600,–
Erhöhte Gliedertaxe: Einschluss nur für aktive Ärzte und Zahnärzte möglich (für Angehörige nicht möglich!)	☐ Ja ☐ Nein		
Unfalltod	EUR 144.750,–	EUR 28.970,–	EUR 434.270,–
Schmerzensgeld (einmalig) - ab dem 7. Tag eines unfallbedingten Spitalsaufenthaltes - oder ab dem 21. Tag eines unfallbedingten Spitalsaufenthaltes	EUR 7.320,– EUR 14.460,–		
Unfallkosten inkl. einem Selbstbehalt von EUR 800,– - Heilkosten, Bergungskosten - Unfallbedingte Rückholkosten bzw. Überführungskosten	EUR 16.660,– EUR 15.000,–	EUR 16.660,– EUR 15.000,–	EUR 16.660,– EUR 15.000,–
Variante 3 (entspricht der Grunddeckung) – für Personen ab dem vollendeten 71. Lebensjahr (laut Rahmenvereinbarung).			

Jahresbruttoprämie			
Prämie für Erwachsene	EUR 370,90	EUR 370,90	EUR 370,90
Inklusive erhöhte Gliedertaxe	EUR 790,10		
Prämie Kinder	EUR 185,45	EUR 185,45	EUR 185,45

Gesundheitsfragen an die versicherten Personen				
Bereits erlittene Unfälle und Verletzungen		nein für ☐ alle ☐ VersicherungsnehmerIn ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		
Ja für	Datum des Unfalls	Art des Unfalls	Unfallfolgen	Entschädigung durch

Unfallversicherung

Gebrechen oder Erkrankungen

Gebrechen oder Erkrankungen (auszugsweise: z. B. Herz-, Gefäß-, Wirbelsäulen-, Rückenmarks-, Hüftgelenks-, Nerven- und Gehirnerkrankungen, Ohnmachts- und Schwindelanfälle, Augenleiden mit starker Sehbehinderung, bösartige Neubildungen, Schwerhörigkeit, Knochenmarksentzündungen, Tbc und Diabetes)

Art der Gebrechen oder Erkrankungen

Anzahl der Dioptrien links/rechts

nein für ☐ alle

☐ VersicherungsnehmerIn

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

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

In welchem Zeitraum? Welche? Wogegen? Wieviel täglich?

nein für ☐ alle

☐ VersicherungsnehmerIn

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Bezugsrecht im Ablebensfall der versicherten Person(en) durch Unfall

Partner-Unfallschutz: Bei Ableben einer versicherten Person: Der Ehepartner oder, sofern eine Ehe nicht besteht, der Lebensgefährte.

Kind(er)-Unfallschutz: für Personen unter 15 Jahren: Der Überbringer der Begräbniskostenrechnungen; nach Vollendung des 15. Lebensjahres: die Erben.

Alleinerzieher mit Kind(ern): die Erben.

Optional wählbares Bezugsrecht – dadurch wird die oben genannte Bezugsrechtsregelung ersetzt:

- ☐ Die gesetzlichen Erben
- ☐ Die testamentarischen Erben
- ☐ Individuelles Bezugsrecht:

- ☐ Eine namentlich genannte Person:

Vor- und Nachname

Geburtsdatum

Unfallversicherung

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist in der Versicherungspolizze angegeben.

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald Ihnen die Versicherungspolizze zugegangen ist und Sie die erste oder einmalige Prämie innerhalb der 14-tägigen Zahlungsfrist bezahlt haben. Versicherungsschutz besteht auch dann, wenn sich der Versicherungsfall innerhalb der genannten Zahlungsfrist ereignet und die fällige Prämie noch innerhalb dieser Zahlungsfrist gezahlt wird. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jedes Mal um ein weiteres Jahr, wenn er nicht spätestens ein Monat vor Ablauf der Vertragsdauer von einem der Vertragspartner gekündigt worden ist.

Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so wird der Vertrag für ihn nur dann verbindlich um ein weiteres Jahr verlängert, wenn ihm frühestens sechs und spätestens vier Monate vor jedem Ablauf der Vertragsdauer ein besonderer Hinweis des Versicherers zugeht. In diesem Hinweis wird der Verbraucher auf das Kündigungsrecht, die einmonatige Kündigungsfrist, den notwendigen Zugang der Kündigung beim Versicherer vor Beginn dieser Frist, die für die Kündigung erforderliche Form sowie auf die Vertragsverlängerung um ein weiteres Jahr bei unterbliebener, verspäteter oder fehlerhafter Kündigung aufmerksam gemacht. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, erlischt der Vertrag ohne Kündigung.

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. Treten zwischen 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.

Umfang der Vertretungsmacht des Vermittlers

Die Vollmacht der mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen betrauten Person bestimmt sich nach § 45 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.

Versicherer

Versicherer sind zu gleichen Teilen

- 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
Kontaktaten: Tel. 050 350 – 20000, kundenservice@wienersaedtische.at, wienersaedtische.at
- die UNIQA Österreich Versicherungen, Aktiengesellschaft mit Sitz in 1029 Wien, Untere DonaustraÙe 21; registriert unter der FN 63197 m beim Handelsgericht Wien

Beschwerden

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline 050 350 – 350 oder kundenservice@wienersaedtische.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 Fall von Streitigkeiten können Sie sich an die Verbraucherschlichtungsstelle www.verbraucherschlichtung.at wenden. Die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren ist freiwillig.

Unfallversicherung

Anwendbares Recht und zuständige Aufsichtsbehörde

Für den Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.

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

VEREINBARUNG ZUR FORM VON ERKLÄRUNGEN

Schriftform

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

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

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

Geschriebene Form

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

☐ **Ich bin mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.**

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@wienerstaedtiche.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@wienerstaedtiche.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.

Unfallversicherung

- (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 Belehrung auszuüben.

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.
 - (5) Macht der Verbraucher von seinem Rücktrittsrecht keinen Gebrauch, bleibt der Vertrag aufrecht.
- Die oben erwähnten gesetzlichen Bestimmungen finden Sie auf unserer Website wienersaetdtische.at oder werden Ihnen auf Wunsch kostenfrei zugesandt.

Unfallversicherung

Der Versicherungsnehmer bestätigt, vor Abgabe seiner Vertragserklärung folgende Unterlagen erhalten zu haben:

- Beratungsprotokoll
- Produktinformationsblatt
- Antragskopie

An diesen Antrag hält sich der Versicherungsnehmer sechs Wochen gebunden.

Unterschriften	
VermittlerIn	VersicherungsnehmerIn
Datum, Vorname Nachname Firma	Datum, Vorname Nachname Firma
PrämienzahlerIn	2. VersicherungsnehmerIn
Datum, Vorname Nachname Firma	Datum, Vorname Nachname Firma
Versicherte Person	Versicherte Person
Datum, Vorname Nachname Firma	Datum, Vorname Nachname Firma

Informationen zum Datenschutz (gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO)

Die angegebenen Daten werden von der WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, 1010 Wien, Schottenring 30, zur Bearbeitung Ihres Versicherungsantrages und bei Zustandekommen eines Versicherungsverhältnisses zur Vertragserfüllung gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit b) DSGVO verarbeitet. Weiterführende Informationen z. B. zu Ihren Rechten auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch oder Datenübertragbarkeit, finden Sie in unseren Datenschutzinformationen auf unserer Webseite unter <https://www.wienerstaedtsche.at/datenschutz-informationen.html>. Sollten Sie diese Informationen in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an Ihren Versicherungsberater oder besuchen Sie uns in einer unserer Geschäftsstellen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: datenschutz@wienerstaedtsche.at.

Unfallversicherung

BetreuerIn
Name:
Firma:
Nummer:
Telefonnummer:
Mobilnummer:
Faxnummer:
E-Mail:
Homepage:
MitarbeiterIn/AgentIn/MaklerIn:

SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

Zahlungsempfänger

WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna
Insurance Group Schottenring 30, 1010 Wien
registriert beim Handelsgericht Wien unter FN 333376i

Creditor-ID

AT18 ZZZ 00000003104

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 STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

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

Vertragsdaten

VersicherungsnehmerIn

Titel, Vorname, Nachnamen, Firma, Adresse, PLZ, Ort

Abweichende/r PrämienzahlerIn

Titel, Vorname, Nachnamen, Firma, Adresse, PLZ, Ort

IBAN[illegible]

BIC

[illegible]

Unterschrift: KontoinhaberIn

Datum, Vornamen, Nachnamen, Firma