

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

PFLEGEKRANKENVERSICHERUNG

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. Zusatz zu Vers. Nr.

VERSICHERUNGSNEHMER Telefonnummer:

Bitte in BLOCKSCHRIFT schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen!

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

VERSICHERTE PERSONEN (zusätzlich oder abweichend)

2	Titel, Vorname, Familienname	Beruf/Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J
3	Titel, Vorname, Familienname	Beruf/Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J
4	Titel, Vorname, Familienname	Beruf/Nebenberuf	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Geburtsdatum T M J

VERSICHERUNGSBEGINN 01. 201

PREMIUM-Versicherungsschutz (Leistungsanspruch ab Pflegestufe 1) Versicherungssumme in Prozent des aktuellen gesetzlichen Pflegegeldes <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> ____ %	CLASSIC-Versicherungsschutz (Leistungsanspruch ab Pflegestufe 3) Versicherungssumme in Prozent des aktuellen gesetzlichen Pflegegeldes <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> ____ %	BASIC-Versicherungsschutz (Leistungsanspruch ab Pflegestufe 4) Versicherungssumme in Prozent des aktuellen gesetzlichen Pflegegeldes <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> ____ %	ECO-Versicherungsschutz (Leistungsanspruch ab Pflegestufe 6) Versicherungssumme in Prozent des aktuellen gesetzlichen Pflegegeldes <input type="checkbox"/> 100% (mindestens) <input type="checkbox"/> ____ %
---	---	---	--

Gewählt werden können auch Kombinationen aus PREMIUM-, CLASSIC-, BASIC- und ECO-Versicherungsschutz bzw. aus den angeführten Prozentsätzen (z.B. 75%, 150%); insgesamt können aber maximal 200% des gesetzlichen Pflegegeldes versichert werden!

Monatsprämien: **VP1:** EUR **VP2:** EUR **VP3:** EUR **VP4:** EUR Gesamtprämie: EUR

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Pflegekrankenversicherung (AVBP 2013) und die Besonderen Versicherungsbedingungen für die Pflegegeld-Versicherung nach Tarif PF, PX 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: Der Tarif PX ist eine private Pflegevorsorge, mit der Sie sich neben dem staatlichen Pflegegeld ein zusätzliches Einkommen sichern, das Sie nach Belieben verwenden können. So haben Sie genügend finanzielle Mittel, um den erhöhten Aufwand zu bestreiten, der z.B. durch zusätzliche Dienste, Wohnungsadaptierungen, Anschaffung von Hilfsmitteln oder für die Pflege in einer privaten Seniorenresidenz entstehen.

Das private Pflegegeld wird bei Zuerkennung eines gesetzlichen Pflegegeldes (siehe Beiblatt „Auszug aus den Bestimmungen zur Höhe des gesetzlichen Pflegegeldes“) fällig und wird ausbezahlt, solange Sie pflegebedürftig sind, im Ernstfall ein Leben lang. Ein Spitalsaufenthalt unterbricht die Leistung nicht.

Die Höhe der Leistung ist als Prozentsatz der staatlichen Unterstützung wählbar. Sie kann ab der Pflegestufe 1 (Variante PREMIUM) und/oder ab der Pflegestufe 3 (Variante CLASSIC) und/oder ab der Pflegestufe 4 (Variante BASIC) und/oder ab der Pflegestufe 6 (Variante ECO) gewählt werden und insgesamt bis zu 200% des gesetzlichen Pflegegeldes für die Varianten PREMIUM, CLASSIC und/oder BASIC sowie bis zu 200% des gesetzlichen Pflegegeldes zusätzlich für die Variante ECO (siehe Beiblatt „Auszug aus den Bestimmungen zur Höhe des gesetzlichen Pflegegeldes“) betragen. Die Leistung erhöht sich bei Zuerkennung einer höheren Pflegestufe und ist wertgesichert. Sobald Sie aus MEDplus Pflege Leistung beziehen, entfällt für diesen die Prämienzahlung. Für die MEDplus Pflege gibt es keine Wartezeit. Umstiegsmöglichkeit: Sie können ohne neuerliche Gesundheitsprüfung auf die nächsthöhere Tarifvariante (von ECO auf BASIC bzw. von BASIC auf CLASSIC bzw. von CLASSIC auf PREMIUM) umsteigen. Diese Umstiegsoption haben Sie alle 5 Jahre vom 25. bis zum 45. Geburtstag, sofern keine Pflegebedürftigkeit besteht.

Für vergleichbare Tarife betrug die durchschnittliche jährliche Prämienhöhung der letzten fünf Jahre für die Varianten ECO und BASIC 2,5%, für die Variante CLASSIC 2,6% und für die Variante PREMIUM 2,7%. 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 bzw. pflegebedürftig sind oder in der Vergangenheit bereits pflegebedürftig waren,
- 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 chronische Erkrankungen der Niere aufgetreten sind,
- Personen, bei denen chronische Erkrankungen des Bewegungsapparats (z.B. Polyarthrit) aufgetreten sind,
- Personen, bei denen Erkrankungen bzw. Störungen des Nervensystems sowie Behinderungen, angeborene Anomalien oder psychische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Multiple Sklerose, Überlastungs- und Erschöpfungskrankheiten, Burn-out, etc) aufgetreten sind,
- Personen, bei denen schwere chronische Augenerkrankungen (z.B. Makuladegeneration) 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.

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.

PRÄMIENZAHUNG 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. Zustimmung zur Antragsprüfung

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

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

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

1.2. Zustimmung zur Leistungsfallprüfung

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

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

Im Fall einer solchen Datenermittlung werden der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden. Nach § 11 a VersVG bestehen für den Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.

Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden. (Nur für die Kranken- und Unfallversicherung: Der Versicherungsnehmer und die zu versichernde Person nehmen zur Kenntnis, dass sie in solchen Fällen bis zum Abschluss der Leistungsfallprüfung vorauszahlungspflichtig und im Fall der Leistungsfallablehnung selbst zahlungspflichtig werden können.)

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

2. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankenkostenversicherung

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

2.1. Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers:

Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);

2.2. Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:

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

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

3. Entbindung von der Schweigepflicht

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

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

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

Informationen gem. Art. 13, 14 DSGVO

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

Vereinbarung zur Form von Erklärungen

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

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

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

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

Ich bin mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

Hinweise und Erklärungen

Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, Fragen nach 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.

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

Versicherer

Versicherer ist die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group, Aktiengesellschaft mit Sitz in 1010 Wien, Schottenring 30; registriert unter der FN 333376 i beim Handelsgericht Wien
Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline +43 (0)50 350 350 oder per E-Mail an: kundenservice@wienerstaedtsche.at oder an die Beschwerdestelle beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien oder www.sozialministerium.at. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt davon unberührt. Im Falle von Streitigkeiten können Sie sich an die Verbraucherschlichtungsstelle www.verbraucherschlichtung.at wenden. Die Teilnahme an einem Schlichtungsverfahren ist freiwillig.

Zuständige Aufsichtsbehörde

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

Anwendbares Recht

Für den beantragten Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.

Informationen für den Versicherungsnehmer

Versicherte Risiken und Leistungen

Die Informationen über das zu versichernde Risiko bzw. die damit im Zusammenhang stehenden Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Versicherungsantrag beiliegenden Unterlagen.

Vertragsspitäler in der Krankenhauskostenversicherung

Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste unserer Homepage:

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

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

Für die Versicherung geltende steuerliche Regelungen

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

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

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

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

Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

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

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

Ja, ich stimme zu.

BELEHRUNG ÜBER RÜCKTRITTSRECHTE

Nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

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

Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)

- (1) Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (z. B. Telefon, Internet, E-Mail, SMS, Direct-Mail) abgeschlossen, kann ein Verbraucher vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen zurücktreten.
- (2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.
- (3) Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.
- (4) Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

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

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

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