

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.

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	

1. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

1.1. Zustimmung zur Antragsprüfung

Der Antragsteller 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 Antragsteller 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 Antragsteller 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 Antragsteller 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 Antragsteller und die zu versichernde Person auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernde Person von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer schriftlich mitzuteilen. **Der Antragsteller 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 Antragsteller, 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 Antragsteller 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 Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei 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 Antragsteller 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.

INFORMATION 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:

- 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 (§ 178 f 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 benutzten 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.

§ 3 a 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.

§ 5 b 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.

§ 5 c 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.wienerstaedische.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 unzumutbar 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@wienerstaedische.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 wienerstaedische.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 (= 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 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 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.wienerstaedtiche.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.

Vor Abgabe meiner Vertragserklärung habe ich folgende Unterlagen erhalten: Beratungsprotokoll (mit Empfehlung und Erläuterung, gegebenenfalls Beratungsverzicht mit vorheriger Warnung) und Tarifblatt mit detaillierten Produktinformationen.

Ich hatte ausreichend Zeit, deren Inhalt zur Kenntnis zu nehmen, zu prüfen und den Vertragsabschluss auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben.

Ich habe die „Hinweise und Erklärungen“ der Schlussklärung und die Beilage „Datenschutzhinweis“ zu diesem Antrag gelesen. Die Schlussklärung enthält unter anderem die Zustimmung zur Verwendung von Daten für bestimmte Zwecke, Informationen über den Umfang der Vertretungsvollmacht des Vermittlers, den Beginn des Versicherungsschutzes und das Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz.

Durch die Unterschrift macht der Antragsteller auch die Schlussklärung zum Inhalt des Antrages und akzeptiert die Behandlung seiner Daten entsprechend den Regelungen des Datenschutzhinweises.

An diesen Antrag hält sich der Antragsteller sechs Wochen lang gebunden. Für die beantragte Versicherung gilt österreichisches Recht. Die Übernahme einer Antragszweitschrift wird bestätigt.

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)
------------	--------------------------	---	--

DATENSCHUTZHINWEIS

Stand: Mai 2018

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

Als Versicherungsunternehmen sind wir uns des hohen Stellenwerts bewusst, den Ihre personenbezogenen Daten genießen. Wir, das ist die WIENER STÄDTISCHE Versicherung AG Vienna Insurance Group Schottenring 30, 1010 Wien
Telefon: +43 (0)50 350-20000
E-Mail: kundenservice@wienersaetdtische.at

als für die Verarbeitung Ihrer Daten Verantwortliche. Im Folgenden finden Sie nähere Informationen darüber, wie wir Ihre Daten verarbeiten. Sollten Sie Anliegen oder Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten durch unser Unternehmen haben, ersuchen wir Sie, unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@wienersaetdtische.at zu kontaktieren.

Ihr Versicherungsverhältnis

Personenbezogene Daten

Für die Begründung unseres Versicherungsverhältnisses mit Ihnen ist es unerlässlich, dass wir Ihre personenbezogenen Daten verarbeiten. Wir benötigen diese Daten, um zu prüfen, ob und zu welchen Konditionen Ihr Versicherungsverhältnis zustande kommt, und um im Leistungsfall Ihren Versicherungsanspruch bestimmen zu können. Darüber hinaus verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten zu Ihrer sonstigen Betreuung, wie beispielsweise zur Information über Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, sofern diese für Ihr Versicherungsverhältnis relevant sind. Unter „personenbezogenen Daten“ sind jegliche Informationen zu verstehen, die sich auf natürliche Personen entweder mittelbar oder unmittelbar beziehen (etwa Namen, Adressen, Vertragsdaten). Auch wenn damit Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse nicht unmittelbar vom Begriff der personenbezogenen Daten umfasst sind, lassen wir solchen Informationen den gleichen Schutz zukommen, und wir erwarten dies auch von unseren Geschäftspartnern und Kunden.

Umfang der Datenverwendung

Wenn Sie bei uns den Abschluss einer Versicherung beantragen, so geben Sie uns personenbezogene Daten und gegebenenfalls auch Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sowohl von Ihnen wie auch von Ihren Angehörigen, Mitarbeitern oder von sonstigen Dritten bekannt. In all diesen Fällen gehen wir grundsätzlich von Ihrer Berechtigung zur Bekanntgabe dieser Daten aus. Wir verwenden Ihre Daten und die Daten solcher Dritter, die von Ihnen genannt werden, in unserem berechtigten Interesse als Verantwortliche Ihrer Datenverarbeitung und in jenem Ausmaß, als dies zur ordnungsgemäßen Begründung und Abwicklung unseres Versicherungsverhältnisses mit Ihnen notwendig ist. Auf Basis allfällig gesondert von Ihnen erteilter Zustimmungserklärungen verwenden wir Ihre Daten auch, um Ihnen weitergehende Produktangebote von uns, von anderen Unternehmen unserer Versicherungsgruppe oder von unseren Geschäftspartnern zu unterbreiten. Für manche unserer Versicherungsprodukte ist es notwendig, besonders geschützte Kategorien Ihrer personenbezogenen Daten zu verarbeiten. Hierunter fallen vornehmlich Daten zu Ihrer Gesundheit, die wir etwa zur Begründung und zur Leistungsfallbearbeitung in der Kranken-, Lebens- oder Unfallversicherung benötigen. Diese besonderen Kate-

gorien personenbezogener Daten verarbeiten wir stets nur im Einklang mit den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes sowie aufgrund Ihrer im Versicherungsantrag erteilten Einwilligung.

Weitergabe der Daten an Dritte

Der Komplexität heutiger Datenverarbeitungsprozesse ist es geschuldet, dass wir uns mitunter Dienstleister bedienen und diese mit der Verarbeitung Ihrer Daten beauftragen. Manche dieser Dienstleister befinden sich außerhalb des Gebiets der Europäischen Union. In allen Fällen der Inanspruchnahme von Dienstleistern tragen wir jedoch stets dafür Sorge, dass das europäische Datenschutzniveau und die europäischen Datensicherheitsstandards gewahrt bleiben. Auch kann es im Rahmen unserer Geschäftsfallbearbeitungen erforderlich sein, dass wir innerhalb unseres Versicherungsunternehmens oder innerhalb unserer Versicherungsgruppe Ihre Daten transferieren oder gemeinschaftlich verarbeiten. Auch in diesen Fällen bleiben die europäischen Datensicherheitsstandards stets gewahrt. Wenn Sie Näheres darüber erfahren wollen, wie und in welchem Umfang wir Ihre Daten in Ihrem konkreten Geschäftsfall verarbeiten oder an Dienstleister weitergeben und welche Schutzgarantien wir hierbei ergriffen haben, wenden Sie sich bitte an datenschutz@wienersaetdtische.at

Inanspruchnahme von Cloud-Leistungen

Als innovatives und zukunftsorientiertes Unternehmen verwenden wir auch Cloud-Lösungen. Die von uns in Anspruch genommenen Cloud-Services werden durch folgende Anbieter vorgenommen:

- Microsoft Corp.
- Google Inc.

Wir nutzen die Cloud-Services vornehmlich im Rahmen unserer internen und externen elektronischen Kommunikation sowie für Videokonferenzen, für unsere Terminverwaltung und zum shared document use bei unserer internen Zusammenarbeit. Die Speicherung Ihrer Versicherungsdaten, insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten, erfolgt nicht in diesen Cloud-Services, sondern in unseren Rechenzentren.

Mitwirkung von Rückversicherern

Bei der Versicherung bestimmter Risiken arbeiten wir eng mit unseren Rückversicherern zusammen, die uns in unserer Risiko- und Leistungsfallprüfung unterstützen. Hierzu ist es erforderlich, dass wir Daten zu Ihrer Person und zu Ihrem Versicherungsverhältnis mit unseren Rückversicherern austauschen. Dieser Datenaustausch erfolgt stets nur zum Zweck der gemeinschaftlichen Prüfung Ihres Versicherungsrisikos und Ihrer Leistungsfälle, dies unter Beachtung des hierfür durch das Versicherungsvertragsgesetz vorgesehenen Rahmens.

Mitwirkung von Versicherungsmaklern

Wenn Sie einen Versicherungsmakler mit Ihren Angelegenheiten betrauen, so erhebt und verarbeitet dieser Ihre personenbezogenen Daten und leitet uns diese zur Prüfung Ihres Versicherungsrisikos, zum Abschluss Ihres Versicherungsverhältnisses mit uns und zu unserer Leistungsfallprüfung weiter. Ebenso übermitteln wir an Ihren Versiche-

rungsmakler personenbezogene Daten zu Ihrer Person und zu Ihrem Versicherungsverhältnis in jenem Ausmaß, als dies Ihr Versicherungsmakler zu Ihrer Betreuung benötigt. Weil Ihr Versicherungsmakler selbst für die datenschutzkonforme Verwendung Ihrer Daten Gewähr leisten muss, lassen wir bei der Auswahl der Zusammenarbeit mit unseren Versicherungsmaklern stets höchste Sorgfalt walten.

Datenweitergabe an Aufsichtsbehörden und Gerichte sowie an sonstige Dritte

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir hohen Regulierungsanforderungen und stetiger behördlicher Aufsicht. Dabei kann es dazu kommen, dass wir Behörden oder Gerichten auf deren Anfragen hin personenbezogene Daten unserer Versicherungsnehmer offenlegen müssen. Ebenso kann es bei der Prüfung Ihres Leistungsfalls dazu kommen, dass wir Dritte, wie Ärzte, Krankenanstalten, Gutachter oder etwa mit der Schadensregulierung beauftragte Unternehmen, beiziehen und diesen Ihre personenbezogenen Daten übermitteln müssen. In all diesen Fällen achten wir jedoch stets darauf, dass die gesetzlichen Grundlagen eingehalten werden und damit der Schutz Ihrer Daten gewahrt bleibt.

Automatisierte Datenverarbeitungsprozesse

Um Ihnen eine möglichst effiziente Geschäftsfallbearbeitung zu bieten, verwenden wir zum Teil automatisierte Prüfprogramme, die auf Basis Ihrer Angaben im Versicherungsantrag das Versicherungsrisiko bestimmen und beispielsweise die Höhe Ihrer Versicherungsprämien oder auch Ihre allfälligen Risikoausschlüsse festlegen. Auch lassen wir durch solche Programme in Teilbereichen unsere Leistungspflicht im Schadensfall automatisiert bestimmen. Die in diesen Programmen verwendeten Prüfparameter bemessen sich an versicherungsmathematischen Erfahrungssätzen und sichern insofern einen objektiven Beurteilungsmaßstab. Sie können die Vornahme solcher automatisierter Verfahren zu Ihrer Person und zu Ihren Geschäftsfällen ablehnen und stattdessen in allen Fällen die manuelle Bearbeitung Ihrer Angelegenheit durch unsere Unternehmensmitarbeiter verlangen. Diesfalls ersuchen wir Sie, Ihren Betreuer zu veranlassen, Ihren Antrag an die entsprechende Fachabteilung zur individuellen Beurteilung weiterzuleiten oder uns dies unter kundenservice@wienersaetdtische.at mitzuteilen. Bitte beachten Sie aber, dass dies mitunter zu einer verzögerten Bearbeitung Ihres Geschäftsfalls führen kann.

Unsere Datensicherheit

Als konzessioniertes Versicherungsunternehmen ist es für uns selbstverständlich, dass jeglicher Datenverkehr innerhalb unseres Unternehmens verschlüsselt erfolgt. Auch verfügen wir über Verschlüsselungsoptionen im externen Datenverkehr, sofern Sie als Empfänger unserer Kommunikation über die technischen Voraussetzungen zur Entschlüsselung verfügen. Bitte beachten Sie, dass die elektronische Kommunikation unter Verwendung handelsüblicher Mailprogramme (etwa MS Exchange) keinen absoluten Schutz vor Drittzugriffen bietet und dass bei dieser Form der Kommunikationsübermittlung auch nicht-europäische Server eingeschaltet sein können.

Ebenso selbstverständlich ist es für uns, zu gewährleisten, dass unsere unternehmensinternen Rechenzentren sämtliche ISO-27001-Sicherheitsstandards erfüllen. Unser Sicherheitsverständnis überbinden wir auch auf die von uns in Anspruch genommenen Dienstleister, die wir zur Einhaltung gleichartiger oder ebenbürtiger Sicherheitsvorkehrungen verpflichtet haben. Sofern im Rahmen der von uns in Anspruch genommenen Cloud-Services Datenspeicherungen auf Servern außerhalb Europas stattfinden, stellen wir sicher, dass diese Daten ausschließlich in fragmentierter und verschlüsselter Form, dies unter Verwendung höchster Verschlüsselungstechnologien, gespeichert werden. Die Speicherung von Daten zu Ihrem Versicherungsverhältnis und die Speicherung Ihrer Gesundheitsdaten verbleiben stets in unseren internen Rechenzentren. Sollten Sie Fragen zu unseren konkret Ihren Geschäftsfall betreffenden Datensicherheitsvorkehrungen haben, wenden Sie sich bitten an datenschutz@wienersaetdtische.at

Ihre Rechte

Sie können Auskunft zur Herkunft, zu den Kategorien, zur Speicherdauer, zu den Empfängern, zum Zweck der zu Ihrer Person und zu Ihrem Geschäftsfall von uns verarbeiteten Daten und zur Art dieser Verarbeitung verlangen.

Falls wir Daten zu Ihrer Person verarbeiten, die unrichtig oder unvollständig sind, so können Sie deren Berichtigung oder Vervollständigung verlangen. Sie können auch die Löschung unrechtmäßig verarbeiteter Daten verlangen. Bitte beachten Sie aber, dass dies nur auf unrichtig-

te, unvollständige oder unrechtmäßig verarbeitete Daten zutrifft. Ist unklar, ob die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten unrichtig oder unvollständig sind oder unrechtmäßig verarbeitet werden, so können Sie die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten bis zur endgültigen Klärung dieser Frage verlangen. Wir ersuchen Sie zu beachten, dass diese Rechte einander ergänzen, sodass Sie nur entweder die Berichtigung bzw. Vervollständigung Ihrer Daten oder deren Löschung verlangen können.

Auch wenn die Daten zu Ihrer Person richtig und vollständig sind und von uns rechtmäßig verarbeitet werden, können Sie der Verarbeitung dieser Daten in besonderen, von Ihnen begründeten Einzelfällen widersprechen. Ebenso können Sie widersprechen, wenn Sie von uns Direktwerbung beziehen und diese in Zukunft nicht mehr erhalten möchten.

Sie können die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Daten, sofern wir diese von Ihnen selbst erhalten haben, in einem von uns bestimmten, maschinenlesbaren Format erhalten oder uns mit der direkten Übermittlung dieser Daten an einen von Ihnen gewählten Dritten beauftragen, sofern dieser Empfänger uns dies aus technischer Sicht ermöglicht und der Datenübertragung weder ein unvertretbarer Aufwand noch gesetzliche oder sonstige Verschwiegenheitspflichten oder Vertraulichkeitserwägungen von unserer Seite oder von dritten Personen entgegenstehen.

Bei all Ihren Anliegen ersuchen wir Sie, uns unter den untenstehend ausgewiesenen Kontaktdaten zu kontaktieren, wobei wir Sie hierbei stets um einen Beleg Ihrer Identität, etwa durch Übermittlung einer Ausweiskopie, ersuchen.

Auch wenn wir uns bestmöglich um den Schutz und die Integrität Ihrer Daten bemühen, können Meinungsverschiedenheiten über die Art, wie wir Ihre Daten verwenden, nicht ausgeschlossen werden. Sind Sie der Ansicht, dass wir Ihre Daten in nicht zulässiger Weise verwenden, so steht Ihnen das Recht auf Beschwerdeerhebung bei der österreichischen Datenschutzbehörde offen.

Unsere Datenaufbewahrung

Grundsätzlich bewahren wir Ihre Daten für die Dauer unserer Versicherungsbeziehung mit Ihnen auf. Darüber hinaus sind wir vielfältigen Aufbewahrungspflichten unterworfen, gemäß denen wir Daten zu Ihrer Person, zu Drittpersonen (etwa Mitversicherten), zu Ihren Leistungsfällen und zu Ihrem Versicherungsverhältnis über Beendigung des Versicherungsverhältnisses hinaus oder auch nach Abschluss eines Leistungsfalls aufzubewahren haben, wie dies etwa aufgrund der unternehmensrechtlichen Aufbewahrungsfristen der Fall ist. Wir bewahren Ihre Daten zudem so lange auf, wie die Geltendmachung von Rechtsansprüchen aus unserem Versicherungsverhältnis mit Ihnen möglich ist.

Die Erforderlichkeit der Verarbeitung Ihrer Daten

Die Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten sowie gegebenenfalls von Dritten, die Sie namhaft machen, ist zur Prüfung Ihres Versicherungsrisikos, zur Begründung unseres Versicherungsverhältnisses und zur Erfüllung Ihrer Leistungsansprüche erforderlich. Sollten Sie uns diese Daten nicht oder nicht im benötigten Umfang bereitstellen, so können wir das von Ihnen gewünschte Versicherungsverhältnis unter Umständen nicht begründen oder Ihren Leistungsfall nicht erfüllen. Bitte beachten Sie, dass dies nicht als vertragliche Nichterfüllung unsererseits gelten würde.

Sofern wir Ihre Daten auf Basis einer von Ihnen erteilten Zustimmung erhalten haben und verarbeiten, können Sie diese Zustimmung jederzeit mit der Folge widerrufen, dass wir Ihre Daten ab Erhalt des Zustimmungswiderrufs nicht mehr für die in der Zustimmung ausgewiesenen Zwecke verarbeiten.

Ihre Kontaktmöglichkeit

Bitte kontaktieren Sie uns zu Ihren datenschutzrechtlichen Fragen und Anliegen unter datenschutz@wienersaetdtische.at

Zentrales Informationssystem

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, werden in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung sowie in der Sachversicherung, Kfz-Versicherung, Rechtsschutzversicherung und Unfallversicherung zentrale Informationssysteme der Versicherungsunternehmen betrieben. Unsere Teilnahme an diesen Systemen erfolgt unter Wahrung sämtlicher behördlicher Auflagen. Unseren Antragsformularen können Sie alle Informationen zu unserer jeweiligen produktspezifischen Weitergabe Ihrer Daten in diese Systeme entnehmen. Ebenso können Sie nähere Informationen über unsere Teilnahme an diesen Systemen unter datenschutz@wienersaetdtische.at erfragen.