

Mitglied	
Titel, Vorname, Nachname:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl:	Ort:
Familienstand:	Staatsbürgerschaft:
Beruf/Nebenberuf:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Pflichtkrankenkasse:	von/bis:
Dienstverhältnis/Mitglied seit:	Personal-Nr./Mitglieds-Nr.:

Name und Anschrift des Wirtschaftskammer-Mitgliedsbetriebs

Prämienzahlung
Zahlungsdauer: bis Vertragsende
<input type="checkbox"/> SEPA-Lastschrift laut beiliegendem Mandat <input type="checkbox"/> Sammelverrechnungskonto:
Zahlungsfrequenz: <input type="checkbox"/> monatlich

Versicherter (Mitglied)		
1	Titel, Vorname, Nachname: siehe oben	
	TARIF: Bei Auswahl eines Einzeltarifs ist zu beachten, dass bei diesem Tarif das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers hat.	Monatsprämie/EUR
	<input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV	

Mitversicherte Personen (wie beispielsweise EhepartnerInnen, eingetragene PartnerInnen, LebensgefährtInnen mit gemeinsamen Wohnsitz, Kinder bis zum 20. Geburtstag im gemeinsamen Haushalt)

2	Titel, Vorname, Nachname:	
	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Beruf/Nebenberuf:	
	Pflichtkrankenkasse:	von/bis:
	Straße, Hausnummer:	
	Postleitzahl:	Ort:
	TARIF: Bei Auswahl eines Einzeltarifs ist zu beachten, dass bei diesem Tarif das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers hat.	Monatsprämie/EUR
<input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV		

3	Titel, Vorname, Nachname:	
	Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Beruf/Nebenberuf:	
	Pflichtkrankenkasse:	von/bis:
	Straße, Hausnummer:	
	Postleitzahl:	Ort:
	TARIF: Bei Auswahl eines Einzeltarifs ist zu beachten, dass bei diesem Tarif das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers hat.	Monatsprämie/EUR
<input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV		

Mitversicherte Personen (Fortsetzung)	
4	Titel, Vorname, Nachname:
	Geburtsdatum: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Beruf/Nebenberuf:
	Pflichtkrankenkasse: von/bis:
	Straße, Hausnummer:
	Postleitzahl: Ort:
	TARIF: Monatsprämie/EUR Bei Auswahl eines Einzeltarifs ist zu beachten, dass bei diesem Tarif das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers hat.
	<input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV
5	Titel, Vorname, Nachname:
	Geburtsdatum: Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
	Beruf/Nebenberuf:
	Pflichtkrankenkasse: von/bis:
	Straße, Hausnummer:
	Postleitzahl: Ort:
	TARIF: Monatsprämie/EUR Bei Auswahl eines Einzeltarifs ist zu beachten, dass bei diesem Tarif das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers hat.
	<input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV <input type="checkbox"/> GV <input type="checkbox"/> EV
Gesamtprämie	Beträge in EUR
Prämie insgesamt	

Die derzeit geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Krankheitskosten und Krankenhaus-Taggeldversicherung, die bei Abschluss einer Zusatzversicherung für den Tarif geltenden Versicherungsbedingungen und allfälligen Besonderen Versicherungsbedingungen sind Grundlage des Antrages. Die gewählten Tarife werden auf Grund der derzeitigen Sozialversicherungsverhältnisse berechnet. Bei Wechsel der Pflichtkrankenkasse ist dies dem Versicherer umgehend mitzuteilen, um die Vereinbarung eines der Sozialversicherungseinstufung angepassten neuen Tarifes zu ermöglichen. Private Krankenversicherungsverträge dienen der langfristigen Gesundheitsvorsorge. Das beitretende Mitglied verzichtet daher für die Dauer von zwei Jahren ab Vertragsbeginn auf die Ausübung seines Kündigungsrechts, das bedeutet eine Mindestlaufzeit des Versicherungsvertrages von drei Versicherungsjahren.

Fragen an die zu versichernden und mitversicherten Personen

Bestehen bereits Lebens-, Kranken-, oder Unfallversicherungen, oder haben Sie jemals welche beantragt?

Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung	von	bis

Wurde jemals eine Krankenversicherung gekündigt, abgelehnt oder ein Vertrag einvernehmlich aufgelöst?

Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Versicherungsunternehmen	Polizzenummer	Art der Versicherung	von	bis

Gesundheitserklärung bzw. Gesundheitsfragen

Die folgenden Fragen richten sich an alle zu versichernden Personen; von Bedeutung sind alle Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Unfallfolgen und auffallenden bzw. von der Norm abweichenden Untersuchungsbefunde, auch wenn sie für unwesentlich gehalten werden. Kann eine Frage nicht mit nein beantwortet werden, so sind ergänzende Angaben zwingend erforderlich. Reicht der Raum für die Beantwortung nicht aus, so ist die Beantwortung auf einem Beiblatt fortzusetzen und im Antrag auf das Beiblatt hinzuweisen.

Besteht eine Beeinträchtigung der Sehkraft?

Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für alle 1 2 3 4 5

Wenn ja, Anzahl der Dioptrien:

1: links rechts 2: links rechts 3: links rechts

4: links rechts 5: links rechts

Übt die versicherte Person eine Sportart vertraglich oder in einer Liga aus?

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für

welche Sportart und in welcher Liga

Wurden Sie in den letzten zehn Jahren stationär aufgenommen (auch Aufenthalte zu bloßen Untersuchungszwecken sind anzugeben) oder mussten Sie sich einer Strahlen- oder Chemotherapie unterziehen?

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Untersuchungsergebnisse	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigungen	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann	Ausgeheilt seit Monat/Jahr	Nicht ausgeheilt

Sind in den kommenden sechs Monaten Untersuchungen oder Behandlungen geplant?

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Untersuchungsergebnisse	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigungen	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann

Sind bei Ihnen in den letzten fünf Jahren Erkrankungen oder Beschwerden aufgetreten oder bestehen derzeit welche? Auch bestehende Folgen nach Unfallverletzung sind anzugeben.

Hinweis: Wichtig sind insbesondere Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (z. B. Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Krampfadern, anomale Blutdruckwerte), der Lunge und der Atemwege (z. B. Lungenentzündung, Bronchitis, Asthma), der Harn- und Geschlechtsorgane (z. B. Nierensteine, Nieren- oder Harnwegsentzündungen, Prostata- oder Hodenerkrankungen, Eierstock-, Gebärmutter- oder Brustdrüsenerkrankungen), Krankheiten der Verdauungsorgane (z. B. Erkrankungen des Magens, des Darms, der Speiseröhre, der Leber, der Galle oder der Bauchspeicheldrüse), Krankheiten des Bewegungsapparats bzw. der Wirbelsäule (z. B. Gelenksabnützungen, Bandscheibenschädigungen, Wirbelsäulenverkrümmung, Knochenerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen), Krankheiten des Gehirns, des Rückenmarks und des Nervensystems bzw. psychische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Depressionen, Neurosen, Multiple Sklerose, Überlastungs- und Erschöpfungskrankheiten sowie Burn Out), Krankheiten der Haut und der Sinnesorgane (z. B. Psoriasis, Neurodermitis, grauer bzw. grüner Star, chronische Mittelohrentzündung, Störungen des Hör- oder Sehvermögens), Krankheiten des Blutes (z. B. Leukämie, Gerinnungsstörungen), Krankheiten der Schilddrüse (z. B. Struma, Funktionsstörungen) und Diabetes (Zuckerkrankheit).

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Untersuchungsergebnisse	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigungen (Invaliditätsgrad)	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann	Ausgeheilt seit Monat/Jahr	Nicht ausgeheilt

Regelmäßige oder gewohnheitsmäßige Einnahme von Medikamenten?

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	

Regelmäßiger oder gewohnheitsmäßiger Genuss von Alkohol, Drogen (Suchtgiften) oder Nikotin?

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	

Sind bei Ihnen in den letzten zehn Jahren auffallende bzw. von der Norm abweichende Untersuchungsbefunde (z. B. erhöhte Blutwerte, Harnsäurewerte, Leberwerte, Blutzuckerwerte), Allergien, eine HIV-Infektion oder Zeichen einer Immunschwäche festgestellt worden?

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Untersuchungsergebnisse	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigungen	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann	Ausgeheilt seit Monat/Jahr	Nicht ausgeheilt

Erfolgten Untersuchungen und/oder Behandlungen im Zusammenhang mit Sterilität?

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Untersuchungsergebnisse	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigungen	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann	Ausgeheilt seit Monat/Jahr	Nicht ausgeheilt

Haben Sie eine erweiterte Heilbehandlung (Kur, Erholung oder Rehabilitation) absolviert bzw. geplant?

Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle Nein, für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Erkrankungen, Beschwerden, Gebrechen, Untersuchungsergebnisse	Art der Behandlung bzw. Ausmaß der Beeinträchtigungen	Behandelnder Arzt bzw. Krankenhaus	Dauer von/bis bzw. seit wann	Ausgeheilt seit Monat/Jahr	Nicht ausgeheilt

Name des Hausarztes oder des Arztes, der über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist.

Kein Arzt für alle 1 2 3 4 5

Ja, für	Name, Adresse

Größe und Gewicht?	1..... cm..... kg	2..... cm kg	3..... cm kg
	4..... cm..... kg	5..... cm kg	
Bei Frauen: Wie viele Geburten hatten Sie? Sind Sie derzeit schwanger (wenn ja, welcher Monat)?			
Bei Frauen: Sind bei eventuell vorausgegangenen Schwangerschaften und Entbindungen Komplikationen aufgetreten?			
Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle	Nein, für	alle <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Werden dem Antrag Befunde oder sonstige ergänzende Unterlagen beigelegt?			
Wenn ja, verwenden Sie nachfolgende Tabelle	Nein, für	alle <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

Unterschriften	
versicherte Person (1) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)	mitversicherte Person (2) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)
mitversicherte Person (3) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)	mitversicherte Person (4) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)
mitversicherte Person (5) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)	

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@wienersstaedtsche.at, möglich.

Ja, ich/wir stimme/n zu. Nein, ich/wir stimme/n nicht zu.

Vereinbarung bezüglich personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten

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

1.1. Zustimmung zur Antragsprüfung

Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) 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 zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglied bzw. den mitversicherte(n) Person(en) in Anspruch genommenen Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern einholen darf. Unerlässliche Auskünfte im Sinne dieses Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, Histologie- und Laborbefunde, diagnostische Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

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

1.2. Zustimmung zur Leistungsfallprüfung

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

Unerlässliche Auskünfte im Sinne 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 das zur Krankengruppenversicherung beitretende

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) 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 das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer schriftlich mitzuteilen.

Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglied des Versicherungsnehmers, 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: Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) nehmen zur Kenntnis, dass sie in solchen Fällen bis zum Abschluss der Leistungsfallprüfung vorzahlungspflichtig und im Fall der Leistungsfallablehnung selbst zahlungspflichtig werden können.)

Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) 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 Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des 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 kann der betroffene Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleibt, die sonst gedeckt wären.

3. Entbindung von der Schweigepflicht

Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) entbinden die behandelnden Ärzte, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder der Gesundheitsvorsorge im Voraus von den ärztlichen

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

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.

- Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.**

Hauptkorrespondenzpartner

Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers ist Hauptkorrespondenzpartner des Versicherers.

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

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 zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglieds des Versicherungsnehmers bzw. der mitversicherte(n) Person(en) 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).

- Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherten Personen erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.**

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

Hinweise und Erklärungen

Anzeigepflicht

Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherten Personen sind 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. Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) übernehmen durch ihre Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Gesetzliche Bestimmungen des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes

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

Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

Sanktionsklausel

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

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

Versicherer

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

Kontaktdaten: Tel. 050 350 – 20000, kundenservice@wienersaetdtische.at, wienersaetdtische.at

Beschwerden

Bei Beschwerden wenden Sie sich bitte an die Serviceline 050 350 – 350 oder kundenservice@wienersaetdtische.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.

Anwendbares Recht und zuständige Aufsichtsbehörde

Für den Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.

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

Informationen für das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherten Personen

Versicherte Risiken und Leistungen

Die Informationen über das zu versichernde Risiko bzw. die damit im Zusammenhang stehenden Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte dem zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrag, dem gegenständlichen Beitrittsantrag zur Krankengruppenversicherung und den beiliegenden Unterlagen.

Vertragsspitäler in der Krankenhauskostenversicherung

Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitäliste unserer Website

wienersaetdtische.at/vertragskrankenhaus.

Sollte eine Änderung der Vertragsspitäliste nach Vertragsabschluss erforderlich sein, werden Sie gesondert informiert. Die Leistungen für Nichtvertragsspitäler entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Leistungsübersicht für den von Ihnen gewählten Tarif. Sie erhalten diese Unterlagen gemeinsam mit dem Versicherungsvertrag, sollten Sie die aktuelle Vertragsspitäliste oder die aktuelle Leistungsübersicht vorher wünschen, senden wir sie Ihnen gerne zu.

Wartezeiten nach Versicherungsbeginn

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

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

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;

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

- 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 Versicherte 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:

1. eines vereinbarten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwändigkeiten, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. 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
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen und
7. für Gruppenversicherungen zusätzlich zu den in 1. bis 6. genannten Umständen: auch eine Änderung der in 2. und 3. genannten Umstände bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten, auch infolge einer Änderung des Durchschnittsalters der Gruppe.

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

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

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

bestHEALTH Sonderklasse: Der Tarif (und somit die Prämie sowie ein gegebenenfalls vereinbarter Selbstbehalt) ist abhängig vom Wohnsitzbundesland der versicherten Person. Ausschlaggebend ist der Hauptwohnsitz gemäß Zentralem Melderegister (ZMR). Eine Änderung des Hauptwohnsitzes ist dem Versicherer zu melden.

Verlegt eine versicherte Person den Hauptwohnsitz in ein anderes Bundesland, so besteht für diese Person innerhalb von drei Monaten das Anrecht, ohne neuerliche Risikoprüfung zum auf den Hauptwohnsitzwechsel folgenden Monatsersten in den gleichartigen Tarif des neuen Wohnsitzbundeslandes (mit der jeweiligen Prämie sowie dem gegebenenfalls zugehörigen Selbstbehalt) zu wechseln.

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

Die bis dahin erworbene Alterungsrückstellung wird angerechnet.

Sofern von diesem Anrecht kein Gebrauch gemacht wird, entfällt ab dem auf den Hauptwohnsitzwechsel folgenden Monatsersten die Kostendeckungsgarantie für Österreich und Europa. Die Kostendeckungsgarantie besteht weiterhin in den Vertragskrankenhäusern jenes Bundeslands, das beim Tarif angeführt ist, sowie in den Vertragskrankenhäusern in Bundesländern mit niedrigerer Tarifprämie. In Ihrer Krankengruppenversicherung ist der abschließbare Tarif sowie die Tarifumstellung auf Grund eines Hauptwohnsitzwechsels zusätzlich abhängig von den zur Verfügung stehenden Tarifen. Steht bei Beitritt bzw. bei Wohnsitzwechsel kein Tarif für Ihr Wohnsitzbundesland zur Verfügung, besteht dennoch Kostendeckungsgarantie für Österreich und Europa.

Nähere Informationen zur Prämienentwicklung in den letzten fünf Jahren entnehmen Sie bitte den Unterlagen zu dem Tarif, für den Sie einen Vertragsabschluss planen. Prämienerrhöhungen 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.

Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsvertrag endet jedoch in nachstehenden Fällen:

- Fristgerechte Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder das dem Krankengruppenversicherungsvertrag beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres. Kündigt der Versicherungsnehmer oder das zum Krankengruppenversicherungsvertrag beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers 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 oder des zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglieds des Versicherungsnehmers gemäß §§38 bis 39a VersVG, die lauten:**
§ 38.
 - (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
 - (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
 - (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
 - (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

§ 39.

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a.

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

- **Verletzung einer Obliegenheit vor Abschluss des Versicherungsvertrages:**
Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers und die mitversicherte(n) Person(en) haben vor Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. Haben/Hat das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers oder die mitversicherte(n) Person(en) 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 zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglieds des Versicherungsnehmers. Bei Tod des zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglieds des Versicherungsnehmers haben die mitversicherten Personen das Recht, den Versicherungsvertrag gemäß den mit dem

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

Versicherungsnehmer vereinbarten Bedingungen fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglieds des Versicherungsnehmers abzugeben.

- Wohnsitzverlegung des zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglieds des Versicherungsnehmers oder der mitversicherten Personen(en) ins Ausland ohne Sondervereinbarung. Bei entsprechender Wohnsitzverlegung des zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglieds des Versicherungsnehmers haben die Versicherten, die ihren Wohnsitz nicht ins Ausland verlegen, das gleiche Fortsetzungsrecht wie beim Tod des zur Krankengruppenversicherung beitretenden Mitglieds des Versicherungsnehmers.
- **Zusätzliche Endigungsgründe nur in der Krankengeldversicherung:**
 - Fristgerechte Kündigung durch den Versicherer frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres.
 - Fortfall jeglichen Einkommens aus selbstständiger Erwerbstätigkeit bei Selbstständigen/ Beendigung des ständigen Dienst- oder Arbeitsverhältnisses bei Unselbstständigen.
 - Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit.
 - Bezug von Leistungen für die Dauer von 364 Tagen innerhalb von 3 Versicherungsjahren.
 - Vollendung des 65. Lebensjahres.
 - Länger als 3 Monate dauernder Aufenthalt in einem/r psychiatrischen / psychosomatischen Krankenhaus / Krankenhausabteilung.

Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung

Eine Kündigung ist mit folgenden nachteiligen Konsequenzen verbunden:

Sollte in der Zukunft ein Neuabschluss gewünscht werden, ist einerseits eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich und wird andererseits die Prämie nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet.

Im Fall einer Kündigung wird kein Rückkaufswert ausbezahlt, und es besteht somit auch kein Anspruch auf die 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.

Weiterversicherung

Bei Ausscheiden aus der Krankengruppenversicherung oder bei Beendigung des gesamten Krankengruppenversicherungsvertrags hat das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers für sich und die mitversicherte(n) Person(en) gemeinsam das Recht, innerhalb eines Monats die Fortsetzung der Versicherung als gleichartige Einzelversicherung nach den für die Einzelversicherung geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen ohne Wartezeiten und Risikoprüfung zu verlangen, sofern die versicherten Personen bei Eintritt in die Krankengruppenversicherung gemäß den

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

Bestimmungen für die Einzelversicherung versicherbar waren.

Die Prämie erhöht sich durch den Wegfall des im Rahmen der Krankengruppenversicherung gewährten Nachlasses.

Allfällige für die Dauer der Zugehörigkeit zur Gruppe nicht angewandte besondere Bedingungen wie z.B. Prämienzuschlag oder eine verlängerte Wartezeit gelten für die Einzelversicherung vereinbart. Für die Berechnung der Prämie wird die Versicherungszeit in der Krankengruppenversicherung angerechnet.

Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung steht den versicherten Personen dann zu, wenn diese für alle bisher mitversicherten Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers beantragt wird. Es entfällt, wenn die Einzelversicherung nur für einige der Versicherten beantragt wird.

Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte aus dem versicherten Personenkreis infolge außerordentlicher Kündigung des Versicherers wegen einer Vertragsverletzung ausscheidet.

Besonderer Hinweis zur Meldepflicht bezüglich der Teilnahmeberechtigung an der Krankengruppenversicherung

Der Versicherte ist gemäß § 11 lit. C. Abs. (11) der ALLGEMEINEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE GRUPPEN-KRANKHEITSKOSTEN- UND KRANKENHAUS-TAGGELDVERSICHERUNG verpflichtet dem Versicherer unverzüglich Personenstandsänderungen die die Teilnahmeberechtigung an der Krankengruppenversicherung betreffen mitzuteilen. Das betrifft insbesondere die Beendigung des Dienstverhältnisses bzw. der Mitgliedschaft, wodurch die Teilnahmeberechtigung an der Gruppe begründet ist, und bei Mitversicherten insbesondere die Scheidung der Ehe, Auflösung der eingetragenen Partnerschaft, Auflösung der Lebensgemeinschaft oder das Verlassen des gemeinsamen Haushaltes mit dem Versicherten.

Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht ist auf unserer Website unter wienersaetdtische.at/solvabilitaet abrufbar.

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@wienersaetdtische.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 Versicherungsververtreters gelangt.
- (4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
- (5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)

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

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

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

Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers 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 und standardisiertes Produktinformationsblatt (IPID). Das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers hatte ausreichend Zeit, deren Inhalt zur Kenntnis zu nehmen, zu prüfen und den Vertragsabschluss auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. An diesen Antrag hält sich das zur Krankengruppenversicherung beitretende Mitglied des Versicherungsnehmers sechs Wochen lang gebunden.

VermittlerIn	
Name:	
Telefon:	Mobil:
E-Mail:	Fax-Nr:
Vermittlertyp:	<input type="checkbox"/> MitarbeiterIn <input type="checkbox"/> AgentIn <input type="checkbox"/> MaklerIn

Unterschriften	
VermittlerIn Datum, Vorname Nachname	

Hinweis: In Tarifen der Einzelkrankenversicherung als Zusatz zur Krankengruppenversicherung hat das Mitglied die Stellung des Versicherungsnehmers.

Mitglied (GV) bzw. VersicherungsnehmerIn (EV) (1) Datum, Vorname Nachname	zusätzlich versicherte Person (2) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)
zusätzlich versicherte Person (3) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)	zusätzlich versicherte Person (4) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)
zusätzlich versicherte Person (5) Datum, Vorname Nachname (bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter)	

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 Datenschutzzinformationen auf unserer Webseite unter <https://www.wienerstaedtische.at/datenschutzinformationen.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@wienerstaedtische.at.