

Antrag auf eine private Unfallversicherung mit Wertanpassung*

Sofortschutzurkunde

Ihr Unfallversicherungsvertrag ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich im Rahmen dieser Unfallversicherung auf die von Ihnen beantragten Leistungsarten, höchstens auf

- EUR 100.000,- für dauernde Invalidität (je Variante)
- EUR 100.000,- für Unfalltod
- EUR 100,- für Spitalgeld Plus
- EUR 25,- für Taggeld (je Variante)
- EUR 25,- für Taggeld Solo
- EUR 1.000,- für monatliche Unfallrente (je Variante)
- EUR 5.000,- für Unfallpauschale
- EUR 3.000,- für Unfallkosten (inkludiert weltweiten Nottransport unbeschränkt und Hubschrauberbergungskosten bis EUR 15.000,-)

auch wenn höhere Summen beantragt sind.

Der vorläufige Sofortschutz gilt,

- wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
- nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht und
- soweit die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung 2017 (AUVB 2017-U 008) keine Einschränkungen oder Ausschlüsse gemäß Artikel 16 und 17 vorsehen.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages bei uns, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der vorläufige Sofortschutz endet mit

- Zustellung des Mitgliedsscheines oder der Ablehnung des Antrages oder
- unserer Erklärung, dass der vorläufige Sofortschutz beendet ist oder
- Ihrem Rücktritt vom Antrag, sofern dieser vor Zustellung des Mitgliedsscheins erfolgt, in jedem Fall jedoch sechs Wochen nach Antragstellung.

Wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir den ersten Jahresbeitrag bzw. einmaligen Beitrag.

* Die dazugehörige Erläuterung entnehmen Sie bitte der Schlusserklärung.

Soweit in diesem Antrag personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie Frauen und Männer gleichermaßen.

Antrag auf ÖBV Unfallschutz mit Wertanpassung*	Eingelangt-Stempel/ÖBV-Büro	Eingelangt-Stempel/ÖBV-Zentrale	Vermittler 1 (Bestand/Wertung)	Vermittler 2

A Antragsteller (Versicherungsnehmer) zu versichernde Person

Nachname	Vorname	Akad. Grad/Diensttitel	Geburtsdatum	Nationalität	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Staaten-Kennzeichen	PLZ	Ort	Straße	Hausnummer/Stiege/Stock/Tür	
Arbeitgeber	derzeitige berufliche Tätigkeit und etwaige Nebenbeschäftigung		Krankenkasse	Tel.-Nr.	E-Mail-Adresse
<input type="checkbox"/> ÖBB <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bund/Land <input type="checkbox"/> Gemeinde <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> Pens. <input type="checkbox"/> Gewerkschaft/Sektion:					

Zu versichernde Personen

	B	C	D
Nachname/Akad. Grad			
Vorname/Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
Geburtsdatum/Krankenkasse	/ /	/ /	/ /
Familienstand/Nationalität	/	/	/
Verwandtschaftsverhältnis zu A			
derzeitige berufliche Tätigkeit und etwaige Nebenbeschäftigung			
Bezug von Familienbeihilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Unfallversicherung mit Wertanpassung* Laufzeit 10 Jahre (kalkulatorische Kostenvorteile im Beitrag bereits berücksichtigt) 3 Jahre
 nach den derzeit geltenden Tarifen sowie den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen

Beginn _____ 0:00 Uhr Neuabschluss ersetzt Mitgliedsschein-Nr(n) _____
 (wenn nicht anders vereinbart, frühester Beginn nächster Tag 0:00 Uhr nach Einlangen des Antrages in der ÖBV)

Alle Beträge in EUR	Person:	Tarif:	Person:	Tarif:	Person:	Tarif:	Person:	Tarif:
Leistungsarten	Person:	Tarif:	Person:	Tarif:	Person:	Tarif:	Person:	Tarif:
	Versicherungssumme (VS)	Beitrag	Versicherungssumme (VS)	Beitrag	Versicherungssumme (VS)	Beitrag	Versicherungssumme (VS)	Beitrag
Beruf Plus¹ Details siehe Schlusserkklärung Berufszugehörigkeit	<input type="checkbox"/> Exekutive <input type="checkbox"/> Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> öffentlicher Verkehr <input type="checkbox"/> Pädagogen		<input type="checkbox"/> Exekutive <input type="checkbox"/> Gesundheitswesen <input type="checkbox"/> öffentlicher Verkehr <input type="checkbox"/> Pädagogen					
Invalidität			maximale Leistung: <input type="checkbox"/> 600% <input type="checkbox"/> 300%; Variante: <input type="checkbox"/> basis <input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> premium					
Invaliditäts-Vollversicherung								
Unfalltod²								
Spitalgeld Plus								
Taggeld ab ___ Tag für Erwerbstätige								
Taggeld Solo ab 1. Tag für Erwerbstätige								
Unfallrente lebenslang mit 20 Jahren Garantie	Rente pro Monat		<input type="checkbox"/> ab 35% Invaliditätsgrad von 35% bis unter 50% Invalidität Auszahlung der halben VS <input type="checkbox"/> ab 50% Invaliditätsgrad					
Unfallrente temporär mit Kapitalrückgewähr	Rente pro Monat		<input type="checkbox"/> 10 Jahre fixe Rentenzahlungsdauer <input type="checkbox"/> 25 Jahre fixe Rentenzahlungsdauer					
Unfallpauschale	<input type="checkbox"/> 5.000,-							
Knochenbruch	<input type="checkbox"/> 600,-							
Unfallkosten³								
Unfallkosten Privat								
HIV-Infektionsrisiken für Erwerbstätige								
Hepatitis C-Infektion für Erwerbstätige								
Fixkostenpauschale für Erwerbstätige								
Beitrag pro Tarif								
BOSS-Nr.:			Gesamtbeitrag⁴ inkl. Versicherungssteuer					

Die zusätzlichen Erläuterungen zum Versicherungsschutz und zum Gesamt- bzw. Mindestbeitrag entnehmen Sie bitte der Schlusserkklärung Punkt 2.

Bitte in Druckbuchstaben schreiben! Zutreffendes bitte ankreuzen. Original für ÖBV, Art. 09, UV-IN, 01.2019-0



Bezugsrecht bei Unfalltod der zu versichernden Personen:

Namentlich genannte Personen:

(Nachname, Vorname, Geburtsdatum, Adresse) _____

Wenn kein namentliches Bezugsrecht angeführt wird, gelten als bezugsberechtigt:

- bei Ableben der versicherten Person(en) "der Versicherungsnehmer",
- bei Ableben des versicherten Versicherungsnehmers "die gesetzlichen Erben" (Ausnahme bei Familien-Tarifen: bei Ableben eines versicherten Ehepartners oder Lebensgefährten der überlebende versicherte Ehepartner oder Lebensgefährtin, bei Ableben beider versicherter Ehepartner oder Lebensgefährten durch dasselbe Unfallereignis die mitversicherten Kinder),
- bei Ableben eines mitversicherten Kindes "der Versicherungsnehmer" oder mit Zustimmung desselben "der Überbringer der Beerdigungskostenrechnung".

Für die Beantwortung der folgenden Fragen gilt Punkt 1 (vorvertragliche Anzeigepflicht) der umseitigen Schlussklärung.

Zutreffendes ankreuzen und ergänzen (Striche, sonstige Zeichen und der Bezug auf frühere Anträge oder Leistungsfälle gelten **N I C H T** als Beantwortung).

Fragen an die zu versichernden Personen:

Bestehen oder bestanden bei **anderen Versicherungsunternehmen** Unfallversicherungen bzw. wurden solche beantragt?

A ja nein B ja nein C ja nein D ja nein

Person	Versicherungsunternehmen			
		<input type="checkbox"/> besteht	<input type="checkbox"/> bestand	<input type="checkbox"/> beantragt
		<input type="checkbox"/> besteht	<input type="checkbox"/> bestand	<input type="checkbox"/> beantragt

Wurden von Ihnen beantragte Unfallversicherungen von **anderen Versicherungsunternehmen** abgelehnt, mit Einschränkungen angenommen oder ist über eine Annahme noch nicht entschieden worden? Wurden bestehende Unfallversicherungen von **anderen Versicherungsunternehmen** gekündigt? Wurden von **anderen Versicherungsunternehmen** Invaliditätsleistungen aus einer Unfallversicherung bezogen?

A ja nein B ja nein C ja nein D ja nein

Person	Versicherungsunternehmen	Datum und Ursache der Ablehnung, Einschränkung oder Kündigung	Ursache und Höhe (in %) der dauernden Invalidität

Sport- und Freizeitrisiken der zu versichernden Personen:

Betreiben Sie **SPORTARTEN vereinsmäßig** (z. B. American Football, Basketball, Eishockey, Fußball, Handball, Kampfsportarten mit Körperkontakt, Bergsteigen (Klettern), Tauchen)?

Betreiben Sie **EXTREMSPORTARTEN** oder nehmen Sie an **SPORTLICHEN AKTIVITÄTEN** teil, für die gemäß der AUVB 2017 - U 008 kein Versicherungsschutz besteht (z. B. Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 6, Freeclimbing, Soloklettern, Bungee Jumping, Canyoning)? Nehmen Sie an **WETTBEWERBEN** mit Luft-, Wasser- oder Landfahrzeugen oder an **EXPEDITIONEN** teil? Besitzen Sie einen **PRIVAT-PILOTENSCHWEIN**? Sind Sie Mitglied in einem **KADER** (Bund, Land) auf dem Gebiet des nordischen oder alpinen Skisports, Snowboardens, Freestylings, Rodelns, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens?

A ja nein B ja nein C ja nein D ja nein

Person	Sportart(en)	Name des Vereins (Klub) (Spielklasse)	Kader/Liga	Sport gegen Entgelt oder Förderung im Rahmen der österreichischen Sporthilfe	Einschluss
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

HINWEIS: Nicht jedes Risiko ist versicherbar. Für einige Risiken ist die Beibringung eines Fragebogens erforderlich. Der Einschluss von Risiken kann mit einer Erhöhung des Beitrages verbunden sein.

Ausschlussgründe:

Gilt nur für den Ersatz (Konvertierung) von privaten Unfallversicherungen:

AK100

Der Ersatz (Konvertierung) von Einzel- oder Mehrpersonen-Unfallversicherungen ist nicht möglich, wenn auch nur bei einer der zu versichernden Personen:

- 1) ein Antrag auf Abschluss einer privaten Unfallversicherung von uns oder einem anderen Versicherungsunternehmen abgelehnt oder ein bestehender Unfallvertrag gekündigt wurde;
- 2) eine ständige Pflegebedürftigkeit (ab Pflegestufe 5) besteht;
- 3) eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder eine dauernde Invalidität von mehr als 70 % besteht;
- 4) folgende Erkrankungen in den letzten 5 Jahren auftraten/festgestellt wurden, dzt. bestehen bzw. medikamentös oder physikalisch therapiert werden:
 - **geistige Behinderungen** (z. B. Intelligenzminderung, Retardierung, Trisomie 21 (=Down-Syndrom))
 - **psychische Erkrankungen** (z. B. mono- oder bipolare Störungen wie manisch-depressive Psychose, Paranoia, Schizophrenie, dissoziative Störungen, sonstige Psychosen)
 - **neurologische Erkrankungen** (z. B. Ataxie, Bewusstseinsstörungen, ALS (=amyotrophe Lateralsklerose), Alzheimer-Krankheit, Parkinson-Krankheit, Demenz, Multiple Sklerose, spastische Erkrankungen, Muskelschwund), **Folgestände** (z. B. psychische Veränderungen, Lähmungen) **nach Gehirnblutung, Schlaganfall oder Gehirntumor, Epilepsie (Ausnahme: Anfallsfreiheit seit mehr als 12 Monaten)** siehe Artikel 17.10. der AUVB 2017 - U 008
 - **Suchterkrankungen** (z. B. Alkoholismus, Drogen-, Medikamentenmissbrauch, -abhängigkeit) bzw. deren Folgekrankheiten (z. B. Leberzirrhose, Nervenschäden, Epilepsie, Delirium)
 - **Selbstmordversuch**
 - **Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates** (Knochen- oder Gelenkerkrankungen wie z. B. Bechterew-Krankheit, chronische Polyarthritiden (Gelenkentzündungen)) **mit ausgeprägten Deformierungen/Schäden** (z. B. Amputationen, Lähmungen, Verkrümmungen, Versteifungen, Missbildungen, Bewegungseinschränkungen) oder **häufigen Frakturen** (z. B. Glasknochenkrankheit, Osteoporose)
 - **Bluterkrankheit** (Hämophilie)
 - **Zuckerkrankheit** (Diabetes mellitus) **mit ausgeprägten Folgeschäden im Rahmen der Grunderkrankung** (diabetisches Gangrän (=Brand), diabetische Neuropathien (=Nervenschäden), diabetische Retinopathie (=Sehstörung), diabetische Nephropathie (=Nierenerkrankung))
 - **hochgradige beidseitige Sehstörung bzw. völlige Blindheit**
 - **chronische Infektionskrankheiten** (z. B. HIV, Hepatitis B oder C).

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen mit ihren Unterschriften, dass keiner der oben genannten Ausschlussgründe vorliegt und nehmen zur Kenntnis, dass ein Verschweigen von Gefahrenumständen zu einer Kürzung oder Ablehnung der Leistung oder zum Verlust des Versicherungsschutzes führen kann.

Gesundheitsfragen an die zu versichernden Personen:

1) Haben Sie **UNFÄLLE, VERLETZUNGEN, VERGIFTUNGEN** erlitten und/oder bestehen **KÖRPERLICHE** oder **GEISTIGE SCHÄDEN** (z. B. Amputationen, Versteifungen, Bewegungseinschränkungen, Wirbelsäulenverkrümmung, Lähmung, Missbildung, Nervenschäden, Demenz, Schwerhörigkeit, Fehlsichtigkeit)?

A ja nein B ja nein C ja nein D ja nein

Person	Unfälle: Unfalldatum, Unfallverletzungen, Unfallfolgen? Schäden: Welche, seit wann, Ursache?	folgenlos ausgeheilt seit
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

2) Bestehen oder bestanden Erkrankungen der KNOCHEN, GELENKE, MUSKELN oder SEHNEN (z.B. Wirbelsäulenerkrankungen, künstliche Gelenke, Arthritis, Osteoporose, Rheuma)?				
A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein D <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Person	Art der Erkrankung, Beschwerden Art der Behandlung, Operationen	ärztliche Behandlung stationär von/bis ambulant von/bis		Name, Adresse der Ärzte, Krankenhäuser
				folgenlos ausgeheilt seit nein
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
3) Besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit und/oder eine dauernde Invalidität ?				
A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein D <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Person	Wie viel Prozent? Seit wann? Warum? (Eine Kopie des Invaliditätsbescheides (inkl. Beiblatt) ist als Beilage zwingend erforderlich.)			
4) Bestehen oder bestanden Erkrankungen des HERZENS oder des KREISLAUFSYSTEMS (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Durchblutungsstörungen), des ZENTRALEN und/oder PERIPHEREN NERVENSYSTEMS (z. B. des Gehirns, Rückenmarks, Epilepsie, Parkinsonismus, Multiple Sklerose), GEISTESKRANKHEITEN oder PSYCHISCHE STÖRUNGEN (z. B. Depressionen, Alzheimer-Krankheit, Schizophrenie), des STOFFWECHSELS (z. B. Zuckerkrankheit), der OHREN , der AUGEN, BÖSARTIGE ERKRANKUNGEN, SUCHTKRANKHEITEN (z. B. Alkohol, Drogen), wurde eine ORGANTRANSPLANTATION durchgeführt?				
A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein D <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Person	Art der Erkrankung, Beschwerden Art der Behandlung, Operationen	ärztliche Behandlung stationär von/bis ambulant von/bis		Name, Adresse der Ärzte, Krankenhäuser
				folgenlos ausgeheilt seit nein
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
5) Wurden Sie krankheitshalber oder unfallbedingt vorzeitig in den Ruhestand versetzt?				
A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein D <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Person	Wann? Weshalb?			
6) Nehmen oder nahmen Sie häufig oder regelmäßig Medikamente oder Drogen? Wie hoch ist/war Ihr täglicher Alkohol- und/oder Nikotinkonsum?				
A <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein B <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein C <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein D <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Person	Welche (Medikamente oder Drogen) / Was (Nikotin oder Alkohol)? Weshalb? Von wann bis wann? Wie viel täglich?			
7) Name und Adresse des Hausarztes oder jenes Arztes, der über die Gesundheitsverhältnisse am besten unterrichtet ist				
Person	Name und Adresse des Arztes			

Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG)

Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes können der Antragsteller und die zu versichernden Personen von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Beitragszuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist verlangen, sofern uns ein Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung erbracht wird (z. B. durch einen gültigen Behindertenpass des Bundessozialamts oder einen gültigen Einstellungsschein gemäß Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz).

Zustimmung zur Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen des ZIS

Das zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmisbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) im Rahmen des ZIS in Einzelfällen an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermitteln und von diesen auch erhalten kann.

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.

Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers: _____

Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten:

1.1. bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, sowie den bekanntgegebenen Sozialversicherungsträgern ermitteln darf. Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). **Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.**

1.2. im Versicherungsfall

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

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

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. **Der Antragsteller und die zu versichernden Personen 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.**

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen 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.

A) Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers: _____
(bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

B) Datum: _____ Unterschrift der zu versichernden Person: _____

C) Datum: _____ Unterschrift der zu versichernden Person: _____

D) Datum: _____ Unterschrift der zu versichernden Person: _____

Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

Schriftform:

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. zu versichernden Personen oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Vinkulierungen, Verpfändungen und Abtretungen,
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z.B. Bezugsrechtsänderung).

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

Geschriebene Form:

Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. der 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, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen.

Mit dieser Vereinbarung ist der Antragsteller ausdrücklich einverstanden nicht einverstanden

Beitragszahlung SEPA-Lastschrift Mandat

Zahlungsempfänger: Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Grillparzerstraße 11, 1016 Wien, Reg. beim HG Wien unter FN 86,811p, Creditor ID: AT44ZZZ0000002248

Zahlungsweise: monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Zahlungsart: SEPA-Lastschrift Mandat

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen haben die umseitige Schlusserklärung gelesen und machen diese durch ihre Unterschriften zum Inhalt des Antrages. Der Antragsteller bestätigt, dass der Antrag dem Angebot entspricht und er eine Antragskopie erhalten hat. Die Bindungsfrist für diesen Antrag beträgt 6 Wochen. Ferner ermächtigt der Kontoinhaber die Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weist der Kontoinhaber sein Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Beamtenversicherung, VVaG, auf sein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Dieser Vertrag unterliegt dem österreichischen Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

Ort, Datum

Unterschrift des Vermittlers

Unterschrift des Antragstellers/Kontoinhabers
(bei Minderjährigen ist auch die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich)

Unterschrift der zu versichernden Personen
soweit vom Antragsteller abweichend

Unterschrift des Kontoinhabers
soweit vom Antragsteller abweichend

Unterschrift der zu versichernden Personen
soweit vom Antragsteller abweichend

Unterschrift der zu versichernden Personen
soweit vom Antragsteller abweichend

Schlusserklärung

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht:

Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Treten zwischen Antragstellung und Zustellung des Mitgliedsscheines Änderungen in den gefahrenerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

2. Versicherungsschutz/Wertanpassung:

a) Der beantragte Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung des Mitgliedsscheines erklären und Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig geleistet haben. Vor dem im Mitgliedsschein angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz. Vor dem Zugang des Mitgliedsscheines ist eine Deckung im Rahmen des vorläufigen Sofortschutzes gegeben.

b) Zusätzliche Erläuterungen zum Versicherungsschutz und zum Gesamt- bzw. Mindestbeitrag:

¹ Voraussetzung für den Abschluss von Beruf Plus ist berufliche Tätigkeit in einer der folgenden Berufsgruppen:

- Bedienstete der Exekutive: Polizei, Bundesheer, Justiz-, Verwaltungs- und Finanzbehörden sowie Vollstreckungsorgane
- Bedienstete im Gesundheitswesen: Pflegepersonal, Ärzte, Apotheker sowie Therapeuten
- Bedienstete des öffentlichen Verkehrs: Schienen-, Personen-, Schiffverkehr, Luftfahrt Boden sowie Flugsicherung
- Pädagoginnen und Pädagogen

Bei Abschluss von Beruf Plus ist bei Invalidität nur die Variante standard und bei Unfallrente lebenslang nur die Variante ab 50% Invalidität zulässig.

² Für Personen unter 15 Jahren werden nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zum gesetzlich verordneten Höchstbetrag für gewöhnliche Beerdigungskosten ersetzt.

Beim Alleinerzieher- bzw. Familien-Tarif ist bei Abschluss einer Versicherungssumme von mindestens EUR 30.000,- eine Waisenrente inkludiert.

Sterben beide Ehepartner oder Lebensgefährten durch dasselbe versicherte Unfallereignis, so wird im Rahmen des Familien- bzw. Familien Plus-Tarifes die doppelte Versicherungssumme für den Todesfall an die bezugsberechtigten Kinder (d. s. leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder) einmalig ausbezahlt, sofern zumindest eines dieser Kinder im selben Unfallvertrag mitversichert ist (siehe Artikel 8.4. der AUVB 2017 - U 008).

³ Bei Einschluss der Unfallkosten sind zusätzlich Hubschrauberbergungskosten, Nottransportkosten, Rehabilitationsbeihilfe, Kosten kosmetischer Operationen, Pauschale nach unfallbedingter Fehlgeburt bei Frauen und Pauschale für psychologische Betreuung wegen Unfallfolgen mitversichert.

⁴ Der jährliche Mindestbeitrag pro Vertrag beträgt EUR 60,-. Beim Kinder-Tarif kann diese Grenze aufgrund der generell niedrigen Beiträge auch unterschritten werden. In diesem Fall muss eine Zahlart gewählt werden, die mindestens EUR 5,- pro Zahlung ergibt.

c) *Wertanpassung:

Der Einschluss der Wertanpassung sichert Ihnen und der (den) zu versichernden Person(en) den Wert dieser Unfallversicherung. Die automatischen Anpassungen, entsprechend der Entwicklung des durchschnittlichen Index der Verbraucherpreise (jedoch mindestens 4 % Steigerung der zuletzt gültigen Versicherungssummen und somit auch der Beiträge), erfolgen ohne neuerliche Prüfung des Gesundheitszustandes.

d) Berufliche Tätigkeit (Tätigkeitsgruppen):

Tätigkeitsgruppe 1 (ohne Zuschlag):

- Personen mit kaufmännischen oder verwaltenden Tätigkeiten im Innen- oder Außendienst.
- Leitende, planende oder Aufsicht führende Personen auf Baustellen, in Steinbrüchen, Berg- oder Sägewerken und in der Holz- bzw. Metallverarbeitung sowie
- Personen, die körperliche oder handwerkliche Arbeiten in Bereichen (Unternehmen) verrichten, die nicht in der Tätigkeitsgruppe 2 angeführt sind.

Tätigkeitsgruppe 2 (30 % Zuschlag):

Personen, die auf Baustellen, Gerüsten, Dächern, Masten und an Fassaden sowie in Steinbrüchen, Bergwerken, Sägewerken und in der Holz- bzw. Metallverarbeitung körperliche bzw. handwerkliche Arbeiten oder Tätigkeiten mit ätzenden, giftigen, leicht entzündbaren oder explosiven Stoffen verrichten.

Tätigkeitsgruppe 3 (auf Anfrage in der Zentrale):

Personen, die in besonders unfallgefährdeten Bereichen tätig sind, wie z. B. Artist, Akrobat, Berufspilot, Berufssportler, Bohrsenarbeiter, Flugbegleiter, Leibwächter (Bodyguard), Pyrotechniker, Stuntman, Testfahrer, Tierbändiger etc.

Maßgebend ist in allen Fällen die tatsächlich ausgeübte Berufstätigkeit, Beschäftigung/Nebenbeschäftigung und nicht der erlernte Beruf oder die Art des Betriebes. Für Studenten und Pensionisten, die einer entgeltlichen Beschäftigung nachgehen, ist die Art der Tätigkeit entscheidend.

3. SEPA-Lastschrift Mandat:

Hiermit ermächtigt der Kontoinhaber die Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weist der Kontoinhaber sein Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Beamtenversicherung, VVaG, auf sein Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Der Kontoinhaber kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit seinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

4. Rücktrittsrecht gemäß 5c VersVG:

(1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 30 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. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

(3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Grillparzerstraße 11, 1016 Wien; E-Mail: service@oebv.com; Fax: 059808-1900. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn Sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.

(4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzahlen.

(5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

5. Rücktrittsrecht gemäß § 8 Fern-Finanzdienstleistungsgesetz:

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d. h. z. B. über Internet, E-Mail, Direct-Mail) abgeschlossen, haben Sie die Möglichkeit innerhalb von 30 Tagen vom Vertrag zurückzutreten. Die Frist beginnt ab Erhalt der Vertragsunterlagen.

6. Vertragsdauer von Verträgen mit einer Laufzeit von 10 Jahren:

Die Laufzeit der Versicherung beträgt 10 Jahre und verlängert sich automatisch jeweils um ein Jahr, wenn nicht einer der beiden Vertragspartner ein Monat vor Ablauf schriftlich kündigt.

Aufgrund der vereinbarten Vertragsdauer entstehen kalkulatorische Kostenvorteile, die im vereinbarten Beitrag bereits berücksichtigt sind. Bei vorzeitiger Auflösung des Vertrages vor Ende der vereinbarten Laufzeit (gemäß § 8 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz frühestens zum Ende des dritten Versicherungsjahres) entfällt die Grundlage für diese Beitragsberechnung. Der Versicherungsnehmer ist daher zu einer entsprechenden Nachzahlung verpflichtet.

Diese beträgt

in den ersten 3 Jahren	80 %	im 7. Jahr	40 %
im 4. Jahr	70 %	im 8. Jahr	30 %
im 5. Jahr	60 %	im 9. Jahr	20 %
im 6. Jahr	50 %	im 10. Jahr	10 %

des aktuellen Jahresbeitrages.

7. Umfang der Vertretungsvollmacht des Vermittlers:

Die Vollmacht der mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen betrauten Personen bestimmt sich nach § 43 Versicherungsvertragsgesetz. Demnach ist der Vermittler nur berechtigt, Anträge und Erklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen, die Mitgliedsscheine auszuhändigen und Beiträge anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Beitragsrechnung befindet. Der Vermittler ist daher nicht berechtigt, mündliche Erklärungen für uns abzugeben.

8. Verwendung des Vertrages zur Kreditbesicherung:

Aufgrund einer Richtlinie der Finanzmarktaufsicht müssen wir im Falle der Verwendung Ihres Vertrages zur Kreditbesicherung Ihre Vertragsdaten, die zum Zwecke der Sicherstellung eines kontinuierlichen Informationsflusses über die Werthaltigkeit und ordnungsgemäße Bedienung des Tilgungsträgers bei Kreditgewährung notwendig sind, an Ihre Bank weitergeben.

9. Beschwerdestelle:

ÖBV Beschwerdemanagement, Grillparzerstraße 11, 1016 Wien, Tel: 059808-4500

E-Mail: beschwerdestelle@oebv.com

Link: <https://www.oebv.com/web/beschwerdemanagement.html>

10. Beschwerdestelle für Konsumenten:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at

11. Datenschutzinformation:

Zu datenschutzrechtlichen Fragen kontaktieren Sie uns bitte unter

E-Mail: datenschutz@oebv.com

Tel: 059808-2710

Link: <https://www.oebv.com/web/datenschutz.html>

12. Schlichtungsstelle (AStG):

Im Falle von Streitigkeiten haben Verbraucher die Möglichkeit, sich an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, www.verbraucherschlichtung.at, zu wenden.

13. Bezeichnung und Anschrift der Versicherungsaufsichtsbehörde:

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