

New

OeAV - Sonderklasse

Nach einem Unfall haben Sie die Wahl:

entweder

Privatpatient in der Sonderklasse

Bei unfallbedingten Krankenhausaufenthalten sind Sie Privatpatient (freie Arztwahl, mehr Komfort,.....) in der Sonderklasse Mehrbettzimmer eines Vertragskrankenhauses. Die Versicherung übernimmt die vollen Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers.

oder

€ 70,-- Taggeld pro Tag im Spital

die Sie erhalten (für Kinder € 35,--), wenn Sie nach einem Unfall auf der allgemeinen Gebührenklasse behandelt werden und daher für den gesamten stationären Aufenthalt keinerlei Versicherungskosten entstehen.



Rehabilitation-Zuschuss

Im Anschluss an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, ob nun in der Sonderklasse oder in der allgemeinen Gebührenklasse, wird ein Zuschuss von € 41,00 pro Tag für stationäre Behandlungen in einem Rehabilitationszentrum bezahlt.



Transportkosten

bei Unfall bis € 390,00 für einen medizinisch notwendigen Transport in ein Krankenhaus zur stationären Heilbehandlung.

Sonderprämie für OeAV Mitglieder:

Erwachsene

(Beitrittsalter 18 bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres)

Monatsprämie € 7,00

Kinder (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)

Monatsprämie € 3,50

Die Prämie für Kinder gilt nur, wenn auch mindestens ein Elternteil versichert ist. In diesem Fall werden (bis zum 12. Lebensjahr) auch die Krankenhausaufenthaltskosten der versicherten Begleitperson bezahlt.

Diese Versicherungsprämien können Sie im Rahmen der Sonderausgaben steuerlich geltend machen.

Auf der Rückseite befindet sich ein einfach auszufüllender Versicherungsantrag sowie weitere wichtige Informationen zu dieser OeAV-Sonderklasse Versicherung.

Voraussetzung für die Annahme unseres Anbots ist die Mitgliedschaft beim OeAV und der bereits bezahlte OeAV-Beitrag für das laufende Jahr. Diese Bedingungen sind auch ohne Bezahlung des OeAV-Beitrages erfüllt, wenn es sich um „beitragsfreie“ Mitglieder handelt (Kinder in Familien), die beim OeAV gemeldet sind und daher auch eine Mitgliedsnummer haben.

Den Antrag senden Sie bitte per Post, Fax oder E-Mail an die SVD Versicherungsbörse. Eine Polizze wird Ihnen infolge zugesandt und die Prämie vom Konto abgebucht.

Bei weiteren Fragen rufen Sie bitte die SVD Versicherungsbörse oder die UNIQA Versicherung an.



Versicherungsbörse

Sparkassenplatz 1, 6020 Innsbruck

Tel.: 0512 / 56 19 80, Fax: 0512 / 56 19 80 – 40

E-Mail: info@svd.co.at oder b.kuenzl@svd.co.at



Zentrales KundenserviceCenter

Tel.: 0800 / 204 99 99

E-Mail: info@uniqa.at

Antrag auf OeAV – Sonderklasse nach Unfall

Tarif QUR OEAV 2008

Hauptversicherter und Prämienzahler

Versicherungsbeginn: 01. ____ . ____

Familiename, Vorname, Titel:	OeAV-Mitgliedsnr.:
Anschrift:	Geburtsdatum:
PLZ, Ort:	Sozialversicherung und SV. Nr.:

Versicherte Personen:

Familiename, Vorname, Titel	OeAV-Mitgliedsnr.	Geb.datum	weibl.	männl.	Sozialversicherung	Monatsprämie
P1:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
P2:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
P3:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
P4:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
P5:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Gesamtprämie in €:						

Die zu versichernden Personen müssen ihren ständigen Wohnsitz und eine gesetzliche Krankenversicherung in Österreich haben. Die Versicherung kann nur von Personen bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres abgeschlossen werden. Die Versicherungsprämie beträgt pro erwachsener Person monatlich inkl. Vers.steuer 7,00 Euro. Mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bezahlen monatlich inkl. Vers.steuer 3,50 Euro. Die Versicherungssteuer beträgt derzeit 1% der Prämie.

Erklärung zum Gesundheitszustand der zu versichernden Person(en):

Die zu versichernde(n) Person(en) wird (werden) weder wegen

- **schwerwiegenden Erkrankungen** (Krebs, Schlaganfall, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Bulimie, Multiple Sklerose, Herzinfarkt, Tuberkulose, Nierenversagen, chronische Lebererkrankungen, Diabetes, chronische Polyarthritis, AIDS – auch HIV positiver Befund) oder
- **schweren Verletzungen** (Schädel-Hirn-Trauma, Querschnittlähmung) behandelt, noch lagen diese jemals vor.

Weiters betreibt(betreiben) die zu versichernde(n) Person(en) nicht hauptberuflich Sport.

Eine stationäre Krankenhausbehandlung ist weder geplant noch wurde diese von ärztlicher Seite angeraten.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, dazu gehören insbesondere die Erklärung zum Gesundheitszustand, richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung ablehnen. Treten zwischen Antragstellung und Zustellung der Polizze Änderungen in den gefahrerheblichen Umständen ein, ist der Versicherer davon unverzüglich zu verständigen.

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit dem Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers zustande; davor besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz beginnt jedenfalls erst zum vereinbarten Versicherungsbeginn und fristgerechter Prämienzahlung.

Rücktritt, Kündigung, Versicherungsdauer

Dem Antragsteller wird ein Rücktrittsrecht vom Antrag bzw. vom Vertrag eingeräumt. Dieses Rücktrittsrecht erlischt zwei Wochen nach Zugang der Polizze, der Versicherungsbedingungen und der Erfüllung der Mitteilungspflichten nach § 5b Vers.VG; anderenfalls einen Monat nach Zugang der Polizze. Der Rücktritt bedarf zu seiner Wirksamkeit der Schriftform. Es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird.

Die Versicherungsdauer beträgt mindestens 1 Jahr. Danach kann der Vertrag jährlich mit Wirkung zu jedem 1. 1. unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist gekündigt werden.

Rechtsgrundlagen

Die Rechtsgrundlagen für die beantragte Versicherung sind die derzeit geltenden Tarife bzw. Tarifbestimmungen, die Versicherungsbedingungen sowie das Versicherungsvertragsgesetz (VersVG). Es ist österreichisches Recht anzuwenden. Aufsichtsbehörde: Finanzmarktaufsicht, Praterstr 23, 1020 Wien.

Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu,

– dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, alle unerlässlichen Auskünfte von praktischen- und Fachärzten sowie sonstigen vom Antragsteller bzw. der versicherten Person in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge einholen darf;

– dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall

a) über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei Ärzten, Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht; sie entbinden die Befragten im Voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht;

b) über beantragte bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern und privaten Versicherungsunternehmen alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht.

Diese Zustimmungserklärungen und die Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht kann vom Antragsteller und den versicherten Personen gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.

Ich bin mit dem Einzug der Prämien von meinem Bankkonto einverstanden.

Bank:	BLZ:	Kto.Nr.:
-------	------	----------

Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit seiner Angaben.

Gruppennummer: 450.000			
VNR: 176186 SVD	Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person(en) (bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzl. Vertreters)	Unterschrift Hauptversicherter