

7013321

Vermittler Nr.

Antrag auf Unfallversicherung muki exklusiv für Reiter & Mitglieder des Österr. Pferdesportverbandes

Invaliditätsaufwertung bis zu 500 %

(Ausgenommen Jockeys u. Militaryreiter, inkl. Teilnahme an Landes- u. Bundesmeisterschaften sowie intern. Turnieren
 Höchstbeitrittsalter: vollendetes 70. Lebensjahr, bei Sonderklasse nach Unfall vollendetes 60. Lebensjahr)

Vers.beginn (jeweils 0.00 Uhr): Ablauf (jeweils 0.00 Uhr): Dauer: 10 Jahre

Neuantrag **Ersatzantrag zu Pol. Nr.** **OEPS-Mitgliedsnr.**

Versicherungsnehmer: männl. weibl.

Adresse: PLZ, Ort:.....

Geb.-Datum: E-mail: Telefon:

Zu versichernde Person (auch auszufüllen, wenn mit Versicherungsnehmer ident):

Vor- und Zuname	Geb. Datum	Größe/Gew.	Beruf – Art d. Beschäftigung	SV-Nr. + Anstalt
P1

Gewünschte Zahlungsart: Erlagschein Einzugsermächtigung
 monatlich/nur mit Einzugsermächtigung vierteljährlich halbjährlich jährlich

IBAN: Länder-Code | Prüf-Ziffer | Bankleitzahl | Kontonummer | BIC: Kontoinhaber:

Ich (Wir) ermächtige(n) den muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit auf mein (unser) Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich (Wir) kann (können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Datum der Belastung, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Versicherungssummen in €	<input type="checkbox"/> Variante A	<input type="checkbox"/> Variante B	<input type="checkbox"/> Variante C
Dauerinvalidität Grundsumme	100.000,-	150.000,-	200.000,-
Leistung bei 100 % Invalidität = 5fache Grundsumme	500.000,-	750.000,-	1.000.000,-
Unfalltod	12.000,-	15.000,-	20.000,-
Unfallkosten	5.000,-	6.000,-	7.000,-
Hubschrauber-Bergungskosten	15.000,-	15.000,-	15.000,-
Kosmetische Operationen nach einem Unfall	50.000,-	50.000,-	50.000,-
Schmerzensgeld nach einem unfallbedingten, ununterbr. stationären Spitalsaufenthalt von mind. 15 Tagen	1.750,-	1.750,-	1.750,-
mind. 21 Tagen	2.625,-	2.625,-	2.625,-
Knochenbruchpauschale	200,-	200,-	200,-
Weltweiter, notwendiger Rücktransport nach Unfall	✓	✓	✓
Rehamanagement bei Invalidität ab 30 % bis	4.000,-	4.000,-	4.000,-

Monats-/Jahresprämien in € inkl. 4 % Vers.Steuer statt	18,21 / 218,52	24,91 / 298,92	31,73 / 380,76
für OEPS-Mitglieder nur	12,60 / 151,20	17,24 / 206,88	21,96 / 263,63

Sonderklasse nach Unfall Höchstbeitrittsalter vollendetes 60. Lebensjahr	Prämie monatl. / jährl.
<ul style="list-style-type: none"> • Sonderklasse-Heilbehandlung wegen Unfallfolgen • Ersatzkrankenhaustagegeld wegen Unfallfolgen • weitere Leistungen siehe BVB Unfallsonderklasse Plus 	€ 6,50 / € 78,00

Gesamtjahresprämie	
---------------------------	--

Berufsgruppe I: Alle Berufe, die nicht unter Berufsgruppe II fallen
Berufsgruppe II: <ul style="list-style-type: none"> • Arbeiter im Hoch- und Tiefbau • Landwirte, Wald- und Forstarbeiter • Dachdecker, Spengler, Zimmermann • Holzbearbeiter, -verarbeiter • Polizist im Außendienst
Für Unfälle, die Versicherte der Berufsgruppe II in Ausübung ihres Berufes erleiden, wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn der daraus resultierende Invaliditätsgrad 20 % übersteigt

Welchen Pferdesport betreiben Sie? davon wettkampfmäßig?

P1		
-----------	--	--

Wird noch ein anderer Sport ausgeübt? ja nein

	Wenn ja, welcher	davon wettkampfmäßig?
P1		

Nicht versicherte Sportarten siehe Tarifbestimmungen 1.8 und Artikel 19 und 20 AUVB.

Angaben zum Gesundheitszustand

Zutreffendes bitte ankreuzen und freie Felder ausfüllen! Es sind alle zu versichernden Personen zu berücksichtigen!

Bestehen schwerwiegende Gebrechen oder Erkrankungen (insbesondere Herz-, Nerven-, Diabetes- oder Augenleiden)?

Wenn ja, Art der Erkrankung (bei Augenleiden: Anzahl der Dioptrien)		
P1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	welche und seit wann?.....
.....		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, genaue Bezeichnung.

P1	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Medikament: Wogegen:
-----------	---	----------------------------------

Haben Sie bereits Unfälle erlitten, die zu einer dauernden Beeinträchtigung führten (insbesondere sind genau anzugeben: Verletzungen von Bändern, Muskeln, Sehnen und Kapseln)? ja nein

	welche/r	Unfalldatum	operiert	bleibende Invalidität	Höhe d. Invalidität
P1				

Bestehen oder bestanden beantragte Versicherungen bei einer anderen Versicherungsanstalt? ja nein

Bei einem Versicherungsunternehmen wurde für den Versicherten eine

Krankenversicherung gekündigt durch Versicherungsnehmer gekündigt durch Versicherer abgelehnt
 Unfallversicherung gekündigt durch Versicherungsnehmer gekündigt durch Versicherer abgelehnt

	Versicherungsanstalt	
P1		

wenn abgelehnt, warum?

Bezugsberechtigt im Ablebensfall durch Unfall:		
<input type="checkbox"/> der Überbringer der Polizza	<input type="checkbox"/> die Erben	<input type="checkbox"/> nachstehend bezeichnete Person:
Vor- und Zuname: geboren am:		

ACHTUNG: Dem Antrag liegen die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB) in der derzeit gültigen Fassung zu Grunde. Bei der Leistung „Sonderklasse nach Unfall“ handelt es sich um einen eigenständigen Krankenversicherungsvertrag; diesem liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) und die Besonderen Versicherungsbedingungen für die Krankenkostenversicherung Unfallsonderklasse plus (BVB) in der derzeit gültigen Fassung zu Grunde.

1. Besondere Hinweise und Bestimmungen

Der Antragsteller ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt. Erfüllungsort für beide Teile ist der Sitz des Versicherers in Bad Ischl.

2. Anzuwendendes Recht:

Auf diesen Vertrag ist österreichisches Recht anzuwenden.

3. Bindungsdauer:

An den Antrag hält sich der Antragsteller 6 Wochen ab Antragstellung gebunden.
Die Bindungsfrist des Vertrages beträgt 10 Jahre.

4. Angaben zum Antrag:

Versicherungsanträge sowie sämtliche Anträge und Erklärungen des Versicherten müssen in geschriebener Form erfolgen, soweit nicht Schriftform (siehe unten Punkt 13) vereinbart wurde. Abmachungen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und von einer Verwaltungsstelle des Versicherers rechtsgültig gezeichnet werden. Vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages besteht kein Versicherungsschutz.

5. Vorvertragliche Anzeigepflicht:

Der Antragsteller und die zu versichernde Person sind 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. 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.

6. Vorläufige Deckung (Sofortschutz) muki Unfallversicherung:

Eine vorläufige Deckung des Versicherers beginnt im Rahmen der für den Antrag geltenden Unfallversicherungsbedingungen sofort ab Einlangen des vollständig ausgefüllten Antrages in der Zentrale des muki VVaG, auf keinen Fall aber vor dem beantragten Versicherungsbeginn. Die vorläufige Deckung erfolgt in Höhe der beantragten Versicherungsleistungen, jedoch maximiert bis zu einer Gesamtleistung von EUR 200.000,-.

Voraussetzung dafür ist, dass die zu versicherte(n) Person(en) zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig war(en) und sich nicht in ärztlicher Behandlung befand(en).

Die vorläufige Deckung endet mit Zustellung der Versicherungspolize oder mit der Ablehnung des Antrages durch den Versicherer, spätestens jedoch nach Ablauf von 3 Monaten ab Antragstellung. Im Leistungsfall steht dem Versicherer die auf die erbrachte Leistung entfallende erste Jahresprämie zu. Die vorläufige Deckung gilt nicht für versicherungsunfähige Personen, das sind nach den AUVB insbesondere Personen, welche dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke.

7. Zuständige Aufsichtsbehörde:

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

8. Rücktrittsrechte

Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz: Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist – sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benutzten Räume unterfertigt wurde – berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrages selbst angebahnt hat.

Rücktrittsrecht gem. § 5b Abs. 2 VersVG: Der Versicherungsnehmer kann binnen zweier Wochen in geschriebener Form vom Vertrag zurücktreten, wenn ihm nicht vor Unterzeichnung des Antrages die Versicherungsbedingungen und bei persönlicher Abgabe des Antrages an den Versicherer oder dessen Beauftragten eine Antragskopie übergeben wurden. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald dem Versicherungsnehmer die Polize, die Versicherungsbedingungen und eine Belehrung über dieses Rücktrittsrecht zugegangen sind. Es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Polize einschließlich einer Belehrung über dieses Rücktrittsrecht. Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

Rücktrittsrecht nach § 5c VersVG: Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so kann er vom Vertrag ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen in geschriebener Form zurücktreten. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt an dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer die Polize, die Versicherungsbedingungen und eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind. Dieses Rücktrittsrecht steht nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Polize und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

9. Informationen gem. § 24 DSGVO zur Datenanwendung/Datenschutz:

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen ausdrücklich zu, dass Personenidentifikations- und Versicherungsfalldaten zum Zweck der Antragsbearbeitung, Risikoprüfung, Polizzierung, Vertragsverwaltung, Bearbeitung von Leistungsfällen, der umfassenden Betreuung und Beratung in Versicherungsangelegenheiten sowie für statistische Auswertungen vom Versicherer verwendet und zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen an andere die Personen- oder Schadenversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen weitergeleitet und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen weiters zu, dass der Versicherer Personalidentifikations- und Vertragsdaten zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Produkte verwendet.

10. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

10.1. bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller und die zu versichernde Person 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.**

10.2. im Versicherungsfall

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.

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, Pflegebericht, 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 versichernde Person 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.

11. Entbindung von der Schweigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen entbinden die in den Punkten 10.1. und 10.2. genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung gemäß Punkt 10.1. und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 10.2.

12. 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, Versicherungsmissbrauch 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.

13. Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

Schriftform:

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

Kündigungen und Rücktrittserklärungen,

Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses,

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. 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.

Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des/der Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Mit dieser Vereinbarung bin ich ausdrücklich einverstanden.

Datum: Unterschrift d. Versicherungsnehmers/in:

Unterschrift d. versicherten Person: