

Gruppenvertrag Berufshaftpflichtversicherung für Wohnsitzärzte

05/2011



Versicherungsnehmer

Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation
Baumannstraße 9, 1030 Wien

Versicherte(r) Arzt/Ärztin

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Titel, Vor- und Zuname w m

T T M M J J J J

Geb. Datum

Fachrichtung

Zuständige Ärztekammer/Ärztinnummer

PLZ, Ort (Bitte Wohnadresse)

Straße, Hausnummer

Telefon

Fax

E-Mail

T T M M J J J J

Beginndatum

01. 01.

Hauptfälligkeit

Vermittlernummer

Antragsfragen

1. Bestand bereits eine Haftpflichtversicherung für das beantragte Risiko?

nein ja

Bei welcher Gesellschaft? _____

2. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren Schadenfälle?

nein ja

Wann: _____

Bei welchem Versicherer: _____

1. Versicherte Personen/Dauer Versicherungsschutz:

1.1 Versicherte Personen sind die, mit ausdrücklicher, schriftlicher Erklärung, diesem Vertrag beigetretenen Ärzte der Humanmedizin und Zahnärzte.

1.2 Versicherungsschutz besteht unter der Voraussetzung der späteren Annahme ab dem Zeitpunkt, zu dem diese Beitrittserklärung beim Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation oder bei der ärzteservice Dienstleistung GmbH eingelangt ist, und von diesen Deckung mittels Deckungsbestätigung schriftlich bestätigt wurde, jedoch nicht vor dem in der Beitrittserklärung angegebenen Beginn.

1.3 Der Versicherungsschutz endet

1.3.1 mit erklärtem Austritt, Streichung oder Kündigung der versicherten Person aus dem Gruppenvertrag. 1.3.2 bei Beendigung dieses Gruppenvertrages.

2. Der Versicherer:

Der Versicherer dieses Gruppenvertrages ist die Zürich Versicherungs-Aktiengesellschaft, Schwarzenbergplatz 15, 1010 Wien. Aufsichtsbehörde: FMA Österreichische Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien

Mehr Informationen, Deckungsumfang und Vertragsgrundlagen unter www.aerzteservice.com

3. Versicherungssumme:

Die Versicherungssumme beträgt 2.000.000 EUR pauschal, wobei die beantragte Pauschalversicherungssumme für Personen, Sachschäden und Vermögensschäden (reine Vermögensschäden sowie Vermögensschäden, die auf einen versicherten Personen- oder Sachschaden zurückzuführen sind), zusammen gilt.

4. Kündigung Vertrag:

Eine Kündigung des Vertrages ist - unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist - jederzeit zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich möglich. Die entsprechende Willenserklärung zur Kündigung ist mittels Brief, Telefax oder E-Mail an den Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation zu richten.

Einzugsermächtigungsverfahren

Einzugsermächtigungsverfahren

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Verein für ÄrzteService und ÄrzteInformation widerruflich die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/ unsere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschrift einzulösen, wobei für diese keine Pflicht zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/wir habe(n) das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab Abbuchungstag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

Kontoführende Bank / Name

Kontoführende Bank / Adresse

Bankleitzahl

Konto-Nr.

Kontoinhaber und Unterschrift, wenn nicht ident mit der versicherten Person

Wohnsitzärzte gemäß ÄrzteG bzw. ZahnärzteG

Summe Gesamtjahresbeitrag

EUR 36,-

Die Erstprämie gilt von Beginn des Vertrages bis zum 31.12.2012. Ab 01.01.2013 beträgt die Gesamtjahresprämie EUR 36,-.

Mit heutigem Datum beantrage ich meinen Beitritt zum Gruppenvertrag Haftpflichtversicherung des Vereines für ÄrzteService und ÄrzteInformation und erkläre, dass mir gegenüber eine entsprechende Haftpflichtversicherung von Seiten eines Versicherers bisher weder abgelehnt noch gekündigt wurde.

Datum, Stempel, Unterschrift

Bemerkungen