

|                             |                                 |                                  |                      |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Eingelangt Stempel ÖBV Büro | Eingelangt Stempel ÖBV Zentrale | VermittlerIn 1 (Bestand/Wertung) | VermittlerIn 2       |
|                             |                                 | Vertreterkontonummer             | Vertreterkontonummer |
|                             |                                 | BOS-Nummer                       |                      |

## Antrag auf einen ÖBV Unfallschutz

### AntragstellerIn (VersicherungsnehmerIn = VN) zu versichernde Person (dann VN = VP1)

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Titel, Vorname, Nachname:                                    | Geschlecht: männlich weiblich |
| Geburtsdatum: t tmmj j j j                                   | Staatsbürgerschaft:           |
| PLZ, Ort, Straße:  | Land:                         |
| E-Mail:  | Telefon:                      |
| Arbeitgeber: Öffentlicher Sektor Privat PensionistIn         |                               |
| Derzeitige berufliche Tätigkeit und/oder Nebenbeschäftigung: |                               |

### Zu versichernde Person (VP1) (Bitte nur ausfüllen, wenn VN nicht VP1 ist.)

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Titel, Vorname, Nachname:                                    | Geschlecht: männlich weiblich |
| Geburtsdatum: t tmmj j j j                                   | Staatsbürgerschaft:           |
| PLZ, Ort, Straße:  | Land:                         |
| E-Mail:  | Telefon:                      |
| Arbeitgeber: Öffentlicher Sektor Privat PensionistIn         |                               |
| Derzeitige berufliche Tätigkeit und/oder Nebenbeschäftigung: |                               |

### Zu versichernde Person (VP2)

|  |  |
|--|--|
| Titel, Vorname, Nachname:                                    | Geschlecht: männlich weiblich                        |
| Geburtsdatum: t tmmj j j j                                   | Staatsbürgerschaft:                                  |
| E-Mail:  | Abweichende Adresse zum VN ja nein                   |
| Bezug von Familienbeihilfe <sup>1</sup> : ja nein            | Telefon:   |
| Derzeitige berufliche Tätigkeit und/oder Nebenbeschäftigung: | Arbeitgeber: Öffentlicher Sektor Privat PensionistIn |

### Zu versichernde Person (VP3)

|  |  |
|--|--|
| Titel, Vorname, Nachname:                                    | Geschlecht: männlich weiblich                        |
| Geburtsdatum: t tmmj j j j                                   | Staatsbürgerschaft:                                  |
| E-Mail:  | Abweichende Adresse zum VN ja nein                   |
| Bezug von Familienbeihilfe <sup>1</sup> : ja nein            | Telefon:   |
| Derzeitige berufliche Tätigkeit und/oder Nebenbeschäftigung: | Arbeitgeber: Öffentlicher Sektor Privat PensionistIn |

### Zu versichernde Person (VP4)

|  |  |
|--|--|
| Titel, Vorname, Nachname:                                    | Geschlecht: männlich weiblich                        |
| Geburtsdatum: t tmmj j j j                                   | Staatsbürgerschaft:                                  |
| E-Mail:  | Abweichende Adresse zum VN ja nein                   |
| Bezug von Familienbeihilfe <sup>1</sup> : ja nein            | Telefon:   |
| Derzeitige berufliche Tätigkeit und/oder Nebenbeschäftigung: | Arbeitgeber: Öffentlicher Sektor Privat PensionistIn |

### Zu versichernde Person (VP5)

|  |  |
|--|--|
| Titel, Vorname, Nachname:                                    | Geschlecht: männlich weiblich                        |
| Geburtsdatum: t tmmj j j j                                   | Staatsbürgerschaft:                                  |
| E-Mail:  | Abweichende Adresse zum VN ja nein                   |
| Bezug von Familienbeihilfe <sup>1</sup> : ja nein            | Telefon:   |
| Derzeitige berufliche Tätigkeit und/oder Nebenbeschäftigung: | Arbeitgeber: Öffentlicher Sektor Privat PensionistIn |

### Abweichende Adressen

|                     |       |
|---------------------|-------|
| : PLZ, Ort, Straße: | Land: |
| : PLZ, Ort, Straße: | Land: |

<sup>1</sup> Das Ankreuzen ist nur bei mitversicherten Kindern ab Vollendung des 19. Lebensjahres bei den Tarifen Familien Plus oder AlleinerzieherInnen Plus erforderlich.





| wählbare Klauseln je VP  | VP1  | VP2  | VP3  | VP4  | VP5  |
|--|--|--|--|--|--|
| Folgende Klauseln sind je nach derzeitiger, beruflicher Tätigkeit beitragsfrei auswählbar: | TriebfahrzeugführerInnen-Klausel<br>Schusswaffengebrauchs-Klausel<br>Risikoeinschluss berufliche Luftfahrtrisiken<br>Risikoeinschluss Auslandseinsatz<br>Risikoeinschluss EntminerInnen und EntschärferInnen |

## Bezugsrecht bei Todesfall der zu versichernden Person/en

### Bezugsrecht für VP1

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsdatum

### Bezugsrecht für VP2

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsdatum

### Bezugsrecht für VP3

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsdatum

### Bezugsrecht für VP4

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsdatum

### Bezugsrecht für VP5

Titel, Vorname, Nachname, Geburtsdatum

Anmerkungen:

### Sollte kein namentliches Bezugsrecht angeführt sein, gilt Folgendes:

- > Bei Ableben der versicherten Person(en) ist der/die VersicherungsnehmerIn bezugsberechtigt.
- > Bei Ableben der versicherten Versicherungsnehmerin/des versicherten Versicherungsnehmers sind die gesetzlichen ErbInnen bezugsberechtigt.  
 Ausnahme bei Familientarifen:
  - > Bei Ableben einer versicherten Ehepartnerin oder Lebensgefährtin bzw. eines versicherten Ehepartners oder Lebensgefährten ist der/die überlebende, versicherte EhepartnerIn oder LebensgefährtIn bezugsberechtigt.
  - > Bei Ableben beider versicherter EhepartnerInnen oder LebensgefährtInnen durch das selbe Unfallereignis sind die mitversicherten Kinder bezugsberechtigt.
- > Bei Ableben eines mitversicherten Kindes ist der/die VersicherungsnehmerIn oder mit Zustimmung der oder des selben der/die ÜberbringerIn der Beerdigungskostenrechnung bezugsberechtigt.

## Beitragszahlung

Zahlen Sie Ihre Beiträge mit SEPA-Lastschrift ein. Sie brauchen keine Zahlungstermine beachten und helfen uns, die Umwelt zu schonen. Das SEPA-Lastschriftmandat finden Sie unten auf dieser Seite.

### Gesamtbeitrag inkl. 4 % Versicherungssteuer

Zahlweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

SEPA-Lastschrift Mandat (Bitte SEPA-Lastschrift-Mandat ausfüllen)

Zahlschein

### BeitragszahlerIn: bitte nur ausfüllen, wenn vom VN abweichend und die Beitragszahlung mit Zahlschein erfolgen soll.

Titel, Vorname, Nachname:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: t t m m j j j j

Staatsbürgerschaft:

PLZ, Ort, Straße:

Land:

## SEPA-Lastschriftmandat (Ermächtigung)

Die Ermächtigung kann jederzeit per Post oder E-Mail an unser Kundenservice unter Angabe der Mitgliedscheinnummer widerrufen werden. Damit der Widerruf zum Ersten des Folgemonats gültig ist, muss er vor dem 20. des Vormonats bei uns einlangen.

### ZahlungsempfängerIn:

Österreichische Beamtenversicherung,  
Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit  
Grillparzerstraße 11, 1016 Wien,  
Reg. beim Handelsgericht Wien unter FN 86811p

### Creditor-ID:

AT44ZZZ00000002248

### Zahlungspflichtige/r:

Titel, Vorname, Nachname:

Geschlecht: männlich weiblich

PLZ, Ort, Straße:

Land:

IBAN

BIC (nur bei Auslandsüberweisung)

Ich/wir ermächtige/n die Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir das Kreditinstitut an, die von der Österreichischen Beamtenversicherung, VVaG auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.

Ich kann/wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

t t m m j j j j

Datum und Unterschrift BeitragszahlerIn

## Einwilligung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten

### 1.1. bei Vertragsabschluss

Der/die AntragstellerIn und/oder die zu versichernden Personen willigen ein, 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 ÄrztInnen, 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 ÄrztInnen 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 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. im Versicherungsfall

Der/die AntragstellerIn 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 ÄrztInnen, 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 ÄrztInnen, 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/die AntragstellerIn 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 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG besteht für den/die AntragstellerIn und die zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, anstelle der Einwilligung in diesem Antrag zur Datenermittlung für die Bearbeitung eines Versicherungsfalles der Datenermittlung zur Bearbeitung eines Versicherungsfalles jeweils im Einzelfall einzuwilligen. Machen der/die AntragstellerIn und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfalleinwilligung Gebrauch, so haben sie dies durch die unten stehende Checkbox mitzuteilen.

**Der/die AntragstellerIn und die zu versichernden Personen werden darauf hingewiesen, dass es bei Inanspruchnahme der Einzelfalleinwilligung zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Erteilung der Einwilligung in diesem Antrag zur Datenverarbeitung und Bearbeitung eines Versicherungsfalles und bei Widerspruch zu dieser Einwilligung binnen 14 Tagen nach Verständigung von der vorzunehmenden Datenermittlung oder bei alternativer Inanspruchnahme der Möglichkeit zur Einwilligung im Einzelfall und bei deren Verweigerung im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines Versicherungsfalles sind die benötigten Unterlagen von dem/der AntragstellerIn, dem/der Bezugsberechtigten oder den zu versichernden Personen in vollem Umfang beizubringen.**

**Werden die benötigten Unterlagen nicht beigebracht, kann dies zur Folge haben, dass der Versicherer die Bearbeitung des Versicherungsfalles ablehnt.**

Ich willige der Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalles ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalles verständigt, woraufhin mir ein 14-tägiges Widerrufsrecht zusteht.

#### ODER

Ich möchte im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalles die Einzeleinwilligung erteilen.

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift AntragstellerIn<sup>1</sup>

Ich willige der Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalles ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalles verständigt, woraufhin mir ein 14-tägiges Widerrufsrecht zusteht.

#### ODER

Ich möchte im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalles die Einzeleinwilligung erteilen.

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift VP<sup>1</sup>

Ich willige der Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalls ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls verständigt, woraufhin mir ein 14-tägiges Widerrufsrecht zusteht.

**ODER**

Ich möchte im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls die Einzeleinwilligung erteilen.

t tmmj j j j

---

Datum und Unterschrift VP2<sup>1</sup>

Ich willige der Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalls ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls verständigt, woraufhin mir ein 14-tägiges Widerrufsrecht zusteht.

**ODER**

Ich möchte im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls die Einzeleinwilligung erteilen.

t tmmj j j j

---

Datum und Unterschrift VP3<sup>1</sup>

Ich willige der Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalls ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls verständigt, woraufhin mir ein 14-tägiges Widerrufsrecht zusteht.

**ODER**

Ich möchte im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls die Einzeleinwilligung erteilen.

t tmmj j j j

---

Datum und Unterschrift VP4<sup>1</sup>

Ich willige der Datenermittlung zur Bearbeitung des Versicherungsfalls ein und werde im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls verständigt, woraufhin mir ein 14-tägiges Widerrufsrecht zusteht.

**ODER**

Ich möchte im Fall der Datenermittlung zur Bearbeitung eines konkreten Versicherungsfalls die Einzeleinwilligung erteilen.

t tmmj j j j

---

Datum und Unterschrift VP5<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

## Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

### Schriftform:

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

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

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

### Geschriebene Form:

Für alle anderen Erklärungen und Informationen der Versicherungsnehmerin/des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Personen 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/der Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen.

**Mit dieser Vereinbarung ist der/die AntragsstellerIn ausdrücklich einverstanden.**

## Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG)

Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes können der/die AntragstellerIn 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).

## Information 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 Versicherer kann 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.

## Fragen an die zu versichernde/n Person/en

Wie in der Kundeninformation festgehalten, ist es für manche unserer Versicherungsprodukte notwendig, besonders geschützte Kategorien Ihrer personenbezogenen Daten zu verarbeiten. Darunter fallen auch die Daten zu Ihrer Gesundheit. Diese Daten verarbeiten wir stets nur im Einklang mit den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes sowie aufgrund Ihrer in diesem Antrag erteilten Einwilligung.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher wahrheitsgemäß. Ihre Beraterin bzw. Ihr Berater wird Sie bei eventuellen Unklarheiten unterstützen.

|  | VP1 | VP2 | VP3 | VP4 | VP5 |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
|--|-----|-----|-----|-----|-----|

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

|                           | ja      | nein | ja        | nein    | ja        | nein    | ja        | nein    | ja        | nein    |
|---------------------------|---------|------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|-----------|---------|
|                           | besteht |      |           | besteht |           | besteht |           | besteht |           | besteht |
| bestand                   |         |      | bestand   |         | bestand   |         | bestand   |         | bestand   |         |
| beantragt                 |         |      | beantragt |         | beantragt |         | beantragt |         | beantragt |         |
| Versicherungsunternehmen: |         |      |           |         |           |         |           |         |           |         |

### 2. 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?

|  | ja                        | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein | ja | nein |
|--|---------------------------|------|----|------|----|------|----|------|----|------|
|  | Versicherungsunternehmen: |      |    |      |    |      |    |      |    |      |
| Datum und Ursache der Ablehnung, Einschränkung oder Kündigung: |                           |      |    |      |    |      |    |      |    |      |
| Ursache und Höhe (in %) der dauernden Invalidität:             |                           |      |    |      |    |      |    |      |    |      |

## Sport- und Freizeitrisiken der zu versichenden Person/en

Um Ihnen einen bedarfsgerechten Versicherungsschutz anbieten zu können, bitten wir Sie, Angaben zu Ihren Sport- und Freizeitrisiken zu machen, damit eine objektive Risikoeinschätzung möglich ist. Der Einschluss eines Risikos in den Versicherungsschutz kann mit einer Erhöhung des Beitrags verbunden sein. Um den gewünschten Versicherungsschutz über die gesamte Vertragslaufzeit gewährleisten zu können, ersuchen wir Sie, uns jegliche Änderungen unverzüglich zu melden. Bitte beachten Sie auch, dass nicht jedes Risiko gemäß der AUVB 2022 – U 009 versicherbar ist.

**Hinweis für VermittlerInnen:** Eine Angabe ist nur notwendig, wenn das gewünschte Sport- und Freizeitrisiko nicht in einem gegen besondere Vereinbarung abschließbaren Sportpaket enthalten ist. Für einige Risiken ist die Beibringung eines Fragebogens erforderlich.

### Ist Ihr gewünschtes Sport- und Freizeitrisiko bereits im Rahmen eines von Ihnen gewählten Sportpakets enthalten?

ja für alle VP  
 ja für VP1 VP2 VP3 VP4 VP5 nein für VP1 VP2 VP3 VP4 VP5

Sport und Freizeitrisiken (bitte um genaue Angaben zur Aktivität)

Bsp.: Welche Sport- und Freizeitaktivität betreiben Sie in Ihrer Freizeit hobbymäßig oder vereinsmäßig als AmateurIn?

Welchem Verein, Liga etc. gehören Sie an? Steuern Sie Fluggeräte? usw.

|   | VP1 |      | VP2 |      | VP3 |      | VP4 |      | VP5 |      |
|---|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|
| Einschluss:   | ja  | nein |
| Nehmen Sie an Wettbewerben, Wettkämpfen, Turnieren etc. teil?                 | ja  | nein |
| Planen Sie an Expeditionen teilzunehmen?                                      | ja  | nein |
| Sport gegen Entgelt oder Förderung im Rahmen der österreichischen Sporthilfe: | ja  | nein |

## Ausschlussgründe/vereinfachte Gesundheitsfragen

Bitte beachten Sie die neuen Regelungen hinsichtlich der Gesundheitsprüfungen für den ÖBV Unfallschutz 2022.

Der Abschluss der Unfallversicherung auf Basis der vereinfachten Gesundheitsfragen ist nicht möglich, wenn einer der folgenden Ausschlussgründe vorliegt:

- Ein Antrag auf Abschluss einer privaten Unfallversicherung wurde von uns oder einem anderen Versicherungsunternehmen abgelehnt oder ein bestehender Unfallvertrag wurde gekündigt.
- Es besteht eine ständige Pflegebedürftigkeit ab Pflegestufe 5.
- Es besteht eine Minderung der Erwerbsfähigkeit oder ein Gesamtgrad der Behinderung in der Höhe ab 70 %.
- Folgende Erkrankungen bestehen derzeit oder traten in den letzten fünf Jahren auf, wurden in den letzten fünf Jahren festgestellt bzw. medikamentös oder physikalisch therapiert:
  - > **Geisteskrankheiten** (z.B. Intelligenzminderung, Retardierung, Trisomie 21) und **psychische Erkrankungen** (z.B. mono- oder bipolare Störungen wie manisch-depressive Psychose, Paranoia, Schizophrenie, dissoziative Störungen)
  - > **Neurologische Erkrankungen** (z.B. Ataxie, Synkopen, Alzheimer-Krankheit, Parkinson-Krankheit, Demenz, Multiple Sklerose, spastische Erkrankungen, Muskelschwund), **Folgezustände** (z.B. psychische Veränderungen, Lähmungen), **nach Gehirnblutung, Schlaganfall oder Gehirntumor, Epilepsie** (Ausnahme: Anfallsfreiheit seit mehr als 12 Monaten) siehe Artikel 17.5. der AUVB 2022 – U009
  - > **Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats** (Knochen- oder Gelenkerkrankungen wie z.B. Bechterew-Krankheit, chronische Polyarthritits), mit ausgeprägten Deformierungen/Schäden (z.B. Amputation, Lähmungen, Verkrümmungen, Versteifungen, Missbildungen, Bewegungseinschränkungen) oder Glasknochenkrankheit, Osteoporose, Paget-Krankheit, Osteosarkom
  - > **Zuckerkrankheit** (Diabetes mellitus) mit **ausgeprägten Folgeschäden im Rahmen der Grunderkrankung** (z.B. Gangrän, Neuropathien, Retinopathie, Nephropathie) und/oder einen letztgemessenen HbA1c-Wert ab 8.0
  - > **Aneurysma** ab einer Größe von 4,5 cm
  - > **Bluterkrankheit** (Hämophilie)
  - > **Hochgradige beidseitige Sehstörung bzw. völlige Blindheit**
  - > **Chronische Infektionskrankheiten (z.B. HIV, Hepatitis B oder C)**
  - > **Suchtkrankheiten** (z.B. Alkoholismus, Suchtmittel-, Medikamentenmissbrauch, -abhängigkeit) bzw. deren Folgekrankheiten (z.B. Leberzirrhose, Nervenschäden, Epilepsie, Delirium)
  - > **Selbsttötungsversuch**

Die zu versichernde Person bestätigt, dass die oben genannten Ausschlussgründe nicht vorliegen.

VP1 VP2 VP3 VP4 VP5

Der/die AntragstellerIn und die zu versichernden Personen haben die nachfolgende Schlusserklärung gelesen und machen diese durch ihre Unterschriften zum Inhalt des Antrags.

Der/die AntragstellerIn bestätigt, dass er/sie das entsprechende Angebot und die Informationen gemäß §§ 128 - 135d VAG 2016 sowie das Beratungsprotokoll erhalten hat. Diese Unterlagen sind Bestandteil des Vertrags. Zudem bestätigt der/dieAntragstellerIn, dass der Antrag dem Angebot entspricht und den Erhalt einer Antragskopie.

Die Bindungsfrist für diesen Antrag beträgt sechs Wochen. Dieser Vertrag unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts.

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift Vermittlerin/Vermittler

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift Antragstellerin/Antragssteller<sup>1</sup>

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift VP1<sup>1</sup>

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift VP2<sup>1</sup>

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift VP3<sup>1</sup>

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift VP4<sup>1</sup>

t tmmj j j j

Datum und Unterschrift VP5<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bei Minderjährigen ist die Unterschrift der gesetzlichen Vertreterin/des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

## Schlussklärung

### 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/die AntragstellerIn 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 Mitgliedsscheins 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

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

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

- > Voraussetzung für den Abschluss von **Beruf Plus** ist eine berufliche Tätigkeit in einer der folgenden Berufsgruppen:
  - Bedienstete der Exekutive: Polizei, Bundesheer, Justiz-, Verwaltungs- und Finanzbehörden sowie Vollstreckungsorgane
  - Bedienstete im Gesundheitswesen: Pflegepersonal, ÄrztInnen, ApothekerInnen sowie TherapeutInnen
  - Bedienstete des öffentlichen Verkehrs: Schienen-, Personen-, Schiffverkehr, Luftfahrt Boden sowie Flugsicherung
  - Pädagoginnen und PädagogenBei Abschluss von Beruf Plus ist bei Invalidität nur die Variante standard und bei Unfallrente lebenslang nur die Variante ab 50 % Invalidität zulässig.
- > Für **Personen unter 15 Jahren** werden beim Leistungsbaustein Todesfall 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,- (sofern für alle erwachsenen, versicherten Personen abgeschlossen) eine Waisenrente inkludiert.  
Sterben beide EhepartnerInnen oder Lebensgefährten durch dasselbe versicherte Unfallereignis, wird im Rahmen des Familien- bzw. Familien Plus-Tarifs die doppelte Versicherungssumme für den Todesfall je versicherter Person an die bezugsberechtigten Kinder (das sind leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder) einmalig ausgezahlt, sofern zumindest eines dieser Kinder im selben Unfallvertrag mitversichert ist (siehe Artikel 8.4. der AUVB 2022 - U 009).
- > Bei Einschluss der **Unfallkosten oder Unfallkosten Plus** sind zusätzlich Hubschrauberbergungskosten, Nottransportkosten, Rehabilitationsbeihilfe, Kosten kosmetischer Operationen, Pauschale nach unfallbedingter Fehlgeburt bei Frauen und Pauschale für psychologische Betreuung wegen Unfallfolgen mitversichert.
- > 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.

### Berufliche Tätigkeit (Zuordnung in eine Tätigkeitsgruppe):

Für die Zuordnung in eine Tätigkeitsgruppe ist die tatsächlich ausgeübte Berufstätigkeit, Beschäftigung oder Nebenbeschäftigung maßgebend und nicht der erlernte Beruf oder die Art des Betriebs. Veränderungen der beruflichen Tätigkeit sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, insbesondere wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrenerhöhung verbunden ist. Eine solche erhebliche Gefahrenerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalles oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird (siehe Artikel 20 der AUVB 2022 - U 009).

### 3. SEPA-Lastschrift Mandat

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

### 4. Rücktrittsrechte 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 Versicherungsvertrags (= Zusendung der Polizza bzw. 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: Österreichische Beamtenversicherung, VVaG, Grillparzerstraße 11, 1016 Wien; E-Mail: [service@oebv.com](mailto:service@oebv.com); Fax: 059808-1901. 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 Ihrer Versicherungsvertreterin/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 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.

### 5. Rücktrittsrecht gemäß § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz

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. Vertragslaufzeit

Die Laufzeit dieser Versicherung beträgt zehn Jahre und verlängert sich automatisch jeweils um ein Jahr, wenn nicht eine/r der beiden VertragspartnerInnen ein Monat vor Ablauf schriftlich kündigt.

Eine vorzeitige Auflösung des Vertrags vor Ende der vereinbarten Laufzeit ist gemäß § 8 Abs. 3 VersVG frühestens zum Ende des dritten oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat möglich.

#### 7. Umfang der Vertretungsvollmacht der Vermittlerin/des Vermittlers

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

#### 8. Verwendung des Vertrags zur Kreditbesicherung

Aufgrund einer Richtlinie der Finanzmarktaufsicht müssen wir im Falle der Verwendung Ihres Vertrags 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: 059 808-4500, E-Mail: [beschwerdestelle@oebv.com](mailto:beschwerdestelle@oebv.com), Link: [www.oebv.com/kontakt](http://www.oebv.com/kontakt)

#### 10. Beschwerdestelle für KonsumentInnen

Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Abteilung III/3, Stubenring 1, 1010 Wien, Tel: 01 71100-862501 oder -862504, E-Mail: [versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at](mailto:versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at)

#### 11. Datenschutzinformation

Zu datenschutzrechtlichen Fragen kontaktieren Sie uns bitte unter E-Mail: [datenschutz@oebv.com](mailto:datenschutz@oebv.com), Tel.: 059 808-2710, Link: [www.oebv.com/datenschutz](http://www.oebv.com/datenschutz)

#### 12. Schlichtungsstelle (ASTG)

Im Falle von Streitigkeiten haben VerbraucherInnen die Möglichkeit, sich an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte [www.verbraucherschlichtung.at](http://www.verbraucherschlichtung.at) zu wenden.

#### 13. Bezeichnung und Anschrift der Versicherungsaufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht (FMA), Bereich Versicherungs- und Pensionskassenaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien

## Sofortschutzurkunde

alle Beträge in EUR

Ihr Unfallversicherungsvertrag ist mit einem vorläufigen Sofortschutz ausgestattet. Das bedeutet, dass Sie schon vor Erhalt Ihres Mitgliedsscheins finanziell geschützt sind. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich im Rahmen dieser Unfallversicherung auf die von Ihnen beantragten Leistungsbausteine, höchstens auf

- > 100.000,- für Dauernde Invalidität (je Variante)
- > 100.000,- für Todesfall
- > 100,- für Spitalgeld Plus
- > 25,- für Taggeld (je Variante)
- > 1.000,- für monatliche Unfallrente (je Variante)
- > 5.000,- Unfallpauschale
- > 5.000,- für Unfallkosten je Variante (inkludiert weltweiten Nottransport unbeschränkt und Hubschrauberbergungskosten bis 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 unter ärztlicher Kontrolle steht und
- > soweit die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung 2022 (AUVB 2022-U 009) keine Einschränkungen oder Ausschlüsse gemäß Artikel 17 vorsehen.

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

#### Der vorläufige Sofortschutz endet mit

- > Zustellung des Mitgliedsscheins oder der Ablehnung des Antrags 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 der Antragstellung.

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