

**Antrag auf Ordinations - Sachversicherung**

Versicherungsnehmer(Name bzw. Firmenwortlaut):

Adresse(PLZ,Ort,Adresse):

Versicherungsort falls abweichend(PLZ,Ort,Adresse):

**Beginn:** **Dauer:** 1 Jahr mit Verlängerung um ein weiteres Jahr, wenn noch Vereinsmitglied  
(im Beitrittsjahr bis zum 1.1. des Folgejahres)

**Zahlungsweise:** jährlich mit Bankeinzug

**Ordinationsinventarversicherung (Rahmenvereinbarung Verein)**

Risiken gem. übergebenem Deckungsumfang und den zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen sowie Klauseln:

Feuer

Einbruch/Diebstahlversicherung inkl. Vandalismus und Beraubung

Leitungswasserversicherung

Sturm- bzw. Elementarschadenversicherung

Glasbruchversicherung

**Die Ordination befindet sich in einem**

ständig bewohnten Gebäude **Jahresprämie:** € 120,-- pro € 100.000,-- VSU

nicht ständig bewohnten Gebäude **Jahresprämie:** € 145,-- pro € 100.000,-- VSU

**Gewählte Neuwert – Ordinationseinrichtungssumme(VSU)** € \_\_\_\_\_  
(Mindestsumme: € 100.000,--)

voll vorsteuerabzugsberechtigt:  ja ,wenn ja : VSU ohne Mwst.  nein

Existenzgründerbonus im 1.Jahr (minus 50% auf die Prämie bis 1.1.)  ja (Kammerbestätigung)  nein

**Erweiterungen/Einschlüsse**

**Ind. Blitz auch für angeschl. Geräte d. Inventars (bis € 3.500,--)**  ja (jährl. Zusatzprämie € 45,--)  nein

**Erhöhung dieser Position** auf (max. € 10.000,-- - Prämie pro € 1.000,- € 15,-- p.a.):  
€ \_\_\_\_\_

**Erhöhung** Inhalt Arzttasche + KFZ-Inhalt auf (max. 15.000,--)  
(Zusatzprämie : € 1,55 pro € 1.000,-- - prämienfrei € 2.200,--)  
€ \_\_\_\_\_

**SONSTIGE:**

**Wurde eine Vorversicherung bereits gekündigt oder einvernehmlich gelöst ?**

nein  ja , \_\_\_\_\_ (Gesellschaft,Pol.Nr.)

**Jahresprämie inkl.VersSt.**

€

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum , Unterschrift bzw. firmenmäßige Zeichnung**

**An**  
(kontoführende Bank)

**Auftraggeber:**

Name, Vorname, Titel:

Straße, Hausnummer, Stiege, Tür:

Postleitzahl, Ort:

**Bankleitzahl:**

**Kontonummer:**

|     |
|-----|
| EP: |
| FP: |

**Zahlungsempfänger:**

Verein zur Sicherung der österreichischen Gesundheitsberufe  
A - 1030 Wien, Haidingerg. 17/17

**Verwendungszweck:**

Versicherungsprämie

**ABBUCHUNGSaufTRAG FÜR LASTSCHRIFTEN**

Sie werden hiermit widerruflich beauftragt, die von oben genanntem Zahlungsempfänger ausgefertigten und zum Einzug über mein (unser) Konto bestimmten Lastschriften durchzuführen.

Die vom Konto abzubuchenden Beträge unterliegen keiner betragsmäßigen Beschränkung.

Sie sind berechtigt, Lastschriften zurückzuleiten, insbesondere dann, wenn das Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist.

Teilzahlungen sind nicht zu leisten.

Ich (Wir nehme(n) zur Kenntnis, dass ein Einspruch gegen Belastungen, die im Rahmen dieses Auftrages erfolgen, Ihnen gegenüber nicht möglich ist. Einwendungen, die sich auf das der Lastschrift zugrunde liegende Rechtsgeschäft beziehen, sind zwischen mir (uns) und dem Zahlungsempfänger direkt zu regeln. Ein Widerruf dieses Auftrages gilt ab dem Zeitpunkt des Einlangens bei der kontoführenden Stelle. Vom Widerruf werde(n) ich (wir) die oben angeführten Zahlungsempfänger gleichzeitig benachrichtigen. Im Übrigen gelten die "Allgemeinen Geschäftsbedingungen der österreichischen Kreditunternehmungen".

**Eine Kopie eines Lichtbildausweises (Reisepass od. ÖFS) lege ich bei.**

.....  
**Ort und Datum**

.....  
**Unterschrift des Auftraggebers**