

ÄRZTE - HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Durch diese Beantragung wird das Mitglied mit seinem Einzelrisiko in der Bündel-(Sammel)Polizze des Vereines mitversichert. Es gelten die Bestimmungen des Vers.VG sowie insbesondere jene für die Versicherung auf fremde Rechnung.

| | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| ZUNAME, Vorname, Titel | Geb.Daten (TT.MM.JJJJ) |
| | |
| Fachrichtung(en): | |
| | |
| Ordinationsadresse (PLZ, Ort, Adresse): | Krankenhaus (Name, PLZ, Ort, Adresse): |
| | |
| Wohnadresse (PLZ, Ort, Adresse): | e-mail: |
| | |
| | Tel.: |
| | |
| Bemerkungen: | |
| | |

Mit heutigem Datum erkläre ich meinen Beitritt. Mir wurde seitens eines Versicherers noch keine Haftpflichtversicherung abgelehnt, gekündigt oder einvernehmlich gelöst.

BEGINN

Vertragsdauer : 1 Jahr

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

| Pauschal - Versicherungssumme | reduzierter Schutz auf | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------|
| | € 3 Mio. | € 2 Mio. | € 1 Mio. |
| Jahresprämie in € inkl. Vers.Steuer | | | |
| Fachgruppe 3 | <input type="radio"/> 490,-- | <input type="radio"/> 420,-- | <input type="radio"/> 350,-- |
| Fachgruppe 2 | <input type="radio"/> 320,-- | <input type="radio"/> 260,-- | <input type="radio"/> 200,-- |
| Fachgruppe 1 | <input type="radio"/> 100,-- | <input type="radio"/> 80,-- | <input type="radio"/> 60,-- |
| <input type="radio"/> | Erhöhung der reinen Vermögensschäden auf die gewählte VSU max.auf € 1,500.000,-- plus 80 % | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | Leiter(in) eines Krankenhauses bzw. einer Krankenhausabteilung (plus 80 %) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | Arzt/Ärztin in Ausbildung (minus 70%) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | Nachhaftung Variante 1 | <input type="radio"/> | Nachhaftung Variante 2 ("Stand Alone") |

Gesamtjahresprämie (bzw. Einmalprämie bei Nachhaftung) inkl. Vers.St. €

Die Jahresprämie wird mittels Lastschriftzug vom in der Beilage angeführten Konto eingezogen.
 Bei Beitritten im 1.Quartal: 1 Gesamtjahresprämie im 2. Quartal: 3/4 der Gesamtjahresprämie
 im 3.Quartal: 1/2 Gesamtjahresprämie im 4. Quartal: 1/4 der Gesamtjahresprämie
 Ein Austritt aus diesem Vertrag ist jederzeit zum Ende eines Kalenderjahres möglich. Die entsprechende Willenserklärung des Arztes ist entweder via Brief, via Fax oder e-mail an den Verein zu richten. Vertragsinhalt sind die Ihnen übergebenen Bedingungen AHVB und EHVB 1995 des Versicherers sowie der Angebotstext.

Ort, Datum, Unterschrift und Stampiglie

VNr.: 184304-4

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
Ärztlichhaftpflicht

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