

ANTRAG AUF INVALIDITÄTSVERSORGUNG

Ärzttekammer für Niederösterreich
Wohlfahrtsfonds
Wipplingerstraße 2
1010 Wien

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

ANTRAGSTELLER/IN:

Titel:	
Vorname:	
Nachname:	
WOHNADRESSE:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Private Telefonnummer und E-Mail:	
Sozial-Vers.Nr.:	Geb.Datum:
FAMILIENSTAND:	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet seit:
<input type="checkbox"/> geschieden seit:	<input type="checkbox"/> verwitwet seit:

Die Invaliditätsversorgung wird beantragt ab (Stichtag): _____ *	
(* vgl. Hinweis auf der letzten Seite)	
<input type="checkbox"/> Vorübergehende Berufsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Dauernde Berufsunfähigkeit
Diagnose:	

FÜHRUNG IN DER ÄRZTELISTE NACH PENSIONSANTRITT

<input type="checkbox"/> A) Streichung aus der Ärzteliste (keine ärztliche Tätigkeit) <input type="checkbox"/> B) als WOHNSTÄTZARZT/-ÄRZTIN (Zuverdienstgrenze: keine Einnahmen; nur möglich bei Vorlage eines Nachweises [elektronisches Formblatt des Versicherungsunternehmers] über eine bestehende Berufshaftpflichtversicherung) <input type="checkbox"/> C) mit einer WAHLARZTPRAXIS (Zuverdienstgrenze: keine Einnahmen; nur möglich bei Vorlage eines Nachweises [elektronisches Formblatt des Versicherungsunternehmers] über eine bestehende Berufshaftpflichtversicherung)
--



PERSONALDATEN DER ANGEHÖRIGEN:

In aufrechter Ehe lebende(r) Ehegattin (Ehegatte):	
Vor- und Nachname:	
Sozial-Vers.Nr.:	Geb.Datum:

Geschiedene(r) Gattin (Gatte):	
Vor- und Nachname	
Sozial-Vers.Nr.:	Geb.Datum:
Besteht Unterhaltspflicht gegenüber der (dem) geschiedenen Gattin (Gatten)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Kinder (Zutreffendes bitte ankreuzen):		
<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> legitimiert <input type="checkbox"/> Wahlkind	Vor- und Zuname:	
	Sozial-Vers.Nr.:	Geb.Datum:
<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> legitimiert <input type="checkbox"/> Wahlkind	Vor- und Zuname:	
	Sozial-Vers.Nr.:	Geb.Datum:
<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> legitimiert <input type="checkbox"/> Wahlkind	Vor- und Zuname:	
	Sozial-Vers.Nr.:	Geb.Datum:
<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> unehelich <input type="checkbox"/> legitimiert <input type="checkbox"/> Wahlkind	Vor- und Zuname:	
	Sozial-Vers.Nr.:	Geb.Datum:

VORAUSSETZUNGEN

- Nachweis der ärztlichen Berufsunfähigkeit durch Vorlage eines **Bescheides eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers** sowie dem zugrunde gelegtem **(fach)ärztlichen Gutachten**;
Darüber hinaus kann vom Verwaltungsausschuss ein vertrauensärztlicher Gutachter bestellt werden.
- Kündigung sämtlicher Verträge mit den Sozialversicherungsträgern
- es darf keine Beteiligung an einer Gruppenpraxis mit einem Vertrag mit den Sozialversicherungsträgern vorliegen
- Beendigung sämtlicher Dienstverhältnisse (ausgenommen Dienstverhältnisse im Sinne des § 1 NÖ Gemeindeärztegesetzes 1977)

Die Berufsunfähigkeit wurde verursacht durch:

- Fremdverschulden Kein Fremdverschulden

Sollte die Berufsunfähigkeit nur befristet festgestellt worden sein und nach dem Ende der Befristung weiterhin eine Berufsunfähigkeit vorliegen, so kann unter Vorlage der oben angeführten Unterlagen um Verlängerung der Invaliditätsversorgung angesucht werden.

Die Invaliditätsversorgung ist einzustellen, wenn während der Inanspruchnahme der Versorgungsleistung Einnahmen (im Sinne der §§ 4 Abs. 3 und 15 Abs. 1 EStG 1988) aus ärztlicher Tätigkeit erzielt werden.

Pensionskonto:

Um die Überweisung der Versorgung durchführen zu können, ist ein entsprechendes Pensionskonto zu eröffnen. Um Bekanntgabe der Bankverbindung wird ersucht:

IBAN:	BIC:
Lautend auf:	

Die Beiträge für die Bestattungsbeihilfe und Hinterbliebenenunterstützung, den Solidaritätsfonds sowie für eine allfällig weiterbestehende Versicherung werden weiterhin vorgeschrieben, automatisch von der Pension in Abzug gebracht und gleichzeitig steuerlich berücksichtigt. Eine Eintragung als Betriebsausgabe / Werbungskosten ist daher **n i c h t** erforderlich.

Zustellung der Pensionsabrechnung

- per E-Mail**
- per Post Keine Pensionsabrechnung notwendig

Krankenunterstützung – Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 Abs. 1

Wir weisen darauf hin, dass die Beibehaltung der Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) der Satzung des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich für Leistungsbezieher nicht zulässig ist.

Es besteht jedoch die Möglichkeit, durch Abschluss eines Einzelvertrages direkt mit der Merkur Versicherung AG (siehe beiliegendes Formular) die Versicherung zu den bestehenden Bedingungen fortzuführen.

Sonderklasseversicherung:

Der Beitrag zur Sonderklasseversicherung wird automatisch von der Pension in Abzug gebracht und gleichzeitig steuerlich berücksichtigt. Eine Eintragung als Betriebsausgabe / Werbungskosten ist daher **n i c h t** erforderlich.

Kammerangehörige und LeistungsempfängerInnen haben die Ärztekammer für Niederösterreich von Änderungen in der Berufstätigkeit, die für das Verhältnis zum Wohlfahrtsfonds von Bedeutung sind, und von den sie betreffenden Änderungen im Familienstand bzw. der Einkommenssituation unter Vorlage der in Frage kommenden Dokumente binnen vier Wochen nach Eintritt der Änderung schriftlich in Kenntnis zu setzen. Für die durch eine nicht rechtzeitig erstattete Änderungsanzeige eingetretenen Folgen haftet der Säumige bzw. es können zu Unrecht bezogene Leistungen zur Rückzahlung vorgeschrieben werden.

*) **Stichtagsregelung** (Seite 1): Versorgungsleistungen der WFF-Mitglieder werden ab dem beantragten Stichtag gewährt, wenn die Antragstellung spätestens innerhalb von drei Monaten ab dem Stichtag erfolgt. Wird ein Antrag auf eine Versorgungsleistung nach dieser Frist eingebracht, so wird die Leistung erst ab dem Monat der Antragstellung gewährt.

Bei Wunsch auf weitere Führung als Wohnsitzarzt/-ärztin oder ordinationsführender Arzt/Ärztin ist die Vorlage eines **Nachweises über eine bestehende Berufshaftpflichtversicherung** erforderlich. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich als **ausgeschieden** geführt werde, solange ich diese Unterlage nicht vorlege.

Durch meine Unterschrift erkläre ich wahrheitsgemäß, dass ich alle Fragen nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Datum

Eigenhändige Unterschrift des Antragstellers

Anmerkung: mit Ehe sind auch eingetragene (gleichgeschlechtliche) Partnerschaften gemeint, mit Gatte(Gattin) sind auch eingetragene Partner gemeint

ANTRAG AN DIE MERKUR VERSICHERUNG AG AUF FORTSETZUNG DER BISHER ÜBER DEN
WOHLFAHRTSFONDS DER ÄRZTEKAMMER NIEDERÖSTERREICH GEMÄSS § 41 Abs. 1
BESTEHENDEN KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Pol.Nr. _____

Daten zum Versicherungsnehmer:

Titel, Vorname, Nachname

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

Ich beantrage bei der Merkur Versicherung AG die Fortsetzung meiner über den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Niederösterreich bestehenden Krankheitskostenversicherung zu den bisher über den Wohlfahrtsfonds bestehenden Bedingungen.

Die Fortführung bei der Merkur Versicherung AG erfolgt in Form eines gleichartigen Tarifs ohne Wartezeit und ohne Risikoprüfung in der Einzelversicherung. Dieser Einzelversicherungstarif unterliegt den bei der Merkur Versicherung AG gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

Der Antrag auf Fortsetzung gilt für nachstehend angeführte Personen:

Versicherte Personen:

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer



Polizzenummer:

Versicherungsnehmer (P1):

Versicherte Person (P2):

Versicherte Person (P3):

Versicherte Person (P4):

Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

Schriftform: Folgende Erklärungen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter sind nur in Schriftform wirksam: Anträge auf Änderung des Tarifs, Kündigungen, Widersprüche, Anträge auf Ruhendstellung des Versicherungsvertrages, Abtretungserklärungen, Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses / Risikos, Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung) sowie sämtliche Erklärungen und Anträge im Zusammenhang mit der Leistungsabwicklung bzw. Auszahlung von Versicherungsleistungen. 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 oder schlüssig abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

P1 P2 P3 P4

Einwilligungserklärung

Allgemeine Hinweise zur Datenverarbeitung

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen die Kenntnisnahme der umseitigen **Datenschutzbestimmungen** und dass ihre angegebenen personenbezogenen Daten für die darin dargestellten Zwecke ermittelt und automationsunterstützt gem. Art 6 Abs. 1 lit b DSGVO verarbeitet werden.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

1. Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen willigen im Sinne des Datenschutzgesetzes bzw. der EU- Datenschutz-Grundverordnung und des Telekommunikationsgesetzes ausdrücklich ein, dass bekannt gegebene Daten (auch die E-Mail-Adresse; nicht jedoch besondere Kategorien personenbezogener Daten wie beispielsweise Gesundheitsdaten) von der Merkur Versicherung AG und ihren österreichischen Konzerngesellschaften entsprechend der Zustimmungserklärung in Punkt 1.2. der **Datenschutzbestimmungen** zu Werbezwecken, zur Beratung und Betreuung über Versicherungsprodukte, zur Markt- und Meinungsforschung und zur Übermittlung von Informationen über Produkte und Marketingaktionen der Konzern- und Partnergesellschaften (siehe Liste auf www.merkur.at/partner) verwendet werden dürfen.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

P1 P2 P3 P4

2. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten im Zuge des Vertragsabschlusses und im Versicherungsfall

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen

- willigen ausdrücklich entsprechend Punkt 1.3. der **Datenschutzbestimmungen** ein, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird bzw. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten die Person des Antragstellers/die zu versichernden Personen betreffend, welche der Merkur Versicherung AG evident sind, ermitteln darf;
- erteilen den Auftrag zur Direktverrechnung und stimmen ausdrücklich zwecks Einholung der Deckungszusage und zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen der Ermittlung notwendiger Gesundheitsdaten im Umfang des Punkt 1.3.3 der **Datenschutzbestimmungen** zu;
- entbinden die im Punkt 1.3.2. der **Datenschutzbestimmungen** genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und einer sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der Zustimmungserklärung und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 1.3.3 der „Datenschutzbestimmungen“;
- haben die Folgen Ihrer Zustimmung verstanden und haben den Hinweis auf das Recht zur Zustimmung im Einzelfall gem. § 11a VersVG (Punkt 1.3. der **Datenschutzbestimmungen**) und die damit einhergehenden Folgen zur Kenntnis genommen.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

P1 P2 P3 P4

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen, dass sie beim Erstkontakt die Information zum Datenschutz gem. Art. 13f f EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten haben.

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass sämtliche, diesen Versicherungsvertrag betreffende Korrespondenz, wie beispielsweise Polizze, Rückfragen zu diesem Antrag, Abrechnungsschreiben udgl., auch wenn diese besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) enthält, über den Versicherungsnehmer als Vertragspartner des Versicherungsunternehmens abgewickelt wird. Wenn ich als versicherte Person meine Einwilligung hierzu nicht erteile, hat dies zur Folge, dass ich einen eigenen Versicherungsvertrag abschließen muss.

Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass dadurch etwaige, mit der Verbindung der Verträge in Zusammenhang stehende Rabatte entfallen können und sich daraus eine andere Prämie ergeben kann.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich, per Post an Merkur Versicherung AG, A-8010 Graz, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, oder per E-Mail an datenschutz@merkur.at widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Widerruf ausschließlich für die Zukunft gilt und die Trennung des gegenständlichen gemeinsamen Versicherungsvertrages in Einzelverträge zur Folge hat und es auch in diesem Fall zu Prämienveränderungen aufgrund des Entfalls von Rabatten kommen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift der mitzuversichernden
Personen ggf. als gesetzliche/r Vertreter

_____ Unterschrift Antragsteller (Vers.-Nehmer)
ggf. als gesetzliche/r Vertreter