

Für Ihr persönliches  
**ANGEBOT** füllen Sie  
 bitte dieses Formular aus



## GRUPPEN-KRANKENVERSICHERUNG FÜR WIENER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

Nachname			Vorname		
Titel			<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Fachrichtung			<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> niedergelassen	
Adresse*					
E-Mail*					
Telefon			Fax*		

Personen	Geb.Dat. (TT.MM.JJJJ)	Geschlecht	Mitglied Wr. ÄK*	GKK, SVA, KFA	BVA	ohne gesetzl. KV
Arzt/Ärztin		<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gattin/Gatte		<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Kind		<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kind		<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kind		<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kind		<input type="checkbox"/> w / <input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe eine Krankenversicherung mit der Polizzenummer: \_\_\_\_\_

bei der  Allianz  Donau  Generali  Merkur  Wr. Städtische  Uniqa

### TARIFE / OPTIONEN

mit gesetzl. Krankenversicherung	ohne gesetzl. Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> Sonderklassetarif	<input type="checkbox"/> Ersatz einer gesetzlichen Krankenversicherung
<input type="checkbox"/> Kombitarif (Sonderklasse + ambulant)	<input type="checkbox"/> mit Zahnleistungen
<input type="checkbox"/> Einbettzimmer-Option	<input type="checkbox"/> ohne Zahnleistungen
<input type="checkbox"/> ambulanter Privatarzt-Tarif	<input type="checkbox"/> ohne Sonderklasse
<input type="checkbox"/> Reise-Option	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer-Option
<input type="checkbox"/> Zahn-Option	<input type="checkbox"/> Reise-Option
<input type="checkbox"/> Wellness-Option	<input type="checkbox"/> Wellness-Option
<input type="checkbox"/> Baby-Option	<input type="checkbox"/> Baby-Option

## NUTZEN SIE DIE MÖGLICHKEIT EINER PERSÖNLICHEN BERATUNG

Ihr Wunschtermin am (TT.MM.JJJJ HH.MM) \_\_\_\_\_

**DAS ANGEBOT IST FÜR SIE SELBSTVERSTÄNDLICH UNVERBINDLICH UND KOSTENFREI  
 SENDEN SIE DIESES FORMULAR BITTE AN DIE BENEFIT CONSULTING GMBH.**

per Post	benefit consulting gmbh, 1060 Wien, Mariahilfer Straße 55/9
per Fax	(01) 532 56 66 - 22
per E-Mail	kunden@benefit.at

Übermittlung des Angebots per:  E-Mail  Post  Fax

## Einwilligungserklärung

- für die Erfassung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten und
- zur Kommunikation per E-Mail / Elektronischer Schriftverkehr

## Allgemeine Informationen

**"Personenbezogene Daten"** sind alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person (= "betroffene Person") beziehen. Es kann sich dabei um private, berufliche, wirtschaftliche Informationen, Eigenschaften, Kenntnisse oder physiologische Merkmale handeln. Personenbezogene Daten sind daher insbesondere Name, Geburtsdatum, Adresse, Geschlecht, Telefonnummer, KFZ-Kennzeichen, Polizzenummer aber auch Gesundheitsdaten.

Nachdem **Gesundheitsdaten sensible Daten im Sinne von Art. 9 DSGVO** sind, ist die Verarbeitung von Gesundheitsdaten (z.B. Daten aus einer Krankengeschichte) grundsätzlich unzulässig. Dies gilt jedoch nicht, wenn die betroffene Person in die Verarbeitung dieser sensiblen Daten einwilligt.

Die Verarbeitung und Erfassung von personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten ist für das Zustandekommen eines Personenversicherungsvertrags (Lebens-, Kranken-, Unfall-, Berufsunfähigkeits- und Pflegeversicherung), für dessen Veränderung und auch zur laufenden Betreuung erforderlich. Dies betrifft z.B. die Einholung und Übermittlung von Angeboten, die Erteilung von Vertragsauskünften, eine Unterstützung im Versicherungsfall oder auch die Erfüllung von Obliegenheitspflichten gegenüber dem Versicherer.

Nähere Informationen dazu finden Sie unter [www.benefit.at/ueber-uns/datenschutz](http://www.benefit.at/ueber-uns/datenschutz).

## Erfassung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten

Hiermit stimme ich ausdrücklich zu, dass meine Gesundheitsdaten, wie etwa Angaben auf einem Versicherungsantrag bzw. etwaig übermittelte Befunde zum Zwecke eines Vertragsabschlusses, einer Vertragsveränderung oder zur laufenden Betreuung von der benefit consulting gmbh erfasst und verarbeitet werden.

Ebenfalls stimme ich ausdrücklich zu, dass die verarbeiteten Daten an jenes Versicherungsunternehmen weitergegeben werden, bei dem ich einen Vertrag abschließen oder verändern möchte bzw. von dem ich eine Vertrag- oder Leistungsauskunft beziehen möchte.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

## Kommunikation per E-Mail / Elektronischer Schriftverkehr

Im Rahmen unserer Tätigkeit für Sie als Versicherungsmakler ist der Informationsaustausch von Daten per E-Mail üblich. Im Zusammenhang mit personenbezogenen Daten sowie sensiblen Daten benötigen wir dafür Ihr Einverständnis.

Der Versand und Empfang von E-Mails kann unsicher sein. Wir versenden E-Mails grundsätzlich mit einer sogenannten „TLS-Verschlüsselung“, was dem aktuellen Stand der Technik entspricht. Alle großen E-Mail-Anbieter arbeiten ebenfalls mit derselben Verschlüsselungsmethode. Sollte der Server des E-Mail-Empfängers diese Verschlüsselung nicht unterstützen, so wird die Nachricht trotzdem übermittelt (in diesem Fall ist die Nachricht dann unverschlüsselt) und Dritte könnten diese möglicherweise auslesen und damit vom Inhalt einer solchen E-Mail Kenntnis nehmen.

Ich bin mit dem Versand und Empfang elektronischer Post mit einer „TLS-Verschlüsselung“ von und durch die benefit consulting gmbh bis auf Widerruf einverstanden. Weiters bin ich damit einverstanden, dass die benefit consulting gmbh mit den involvierten Versicherungsgesellschaften einen elektronischen Schriftverkehr führt.

### Einwilligungserklärung:

Mit meiner Unterschrift erteile ich die Einwilligung zur Erfassung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten. Weiters erteile ich die Einwilligung zur Kommunikation per E-Mail / elektronischer Schriftverkehr. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

.....  
Vorname Nachname Unterschrift

.....  
Vorname Nachname Unterschrift

.....  
Vorname Nachname Unterschrift

.....  
Vorname Nachname Unterschrift

.....  
Ort Datum

Diese Einwilligungserklärung **muss die Unterschrift aller Personen**, deren Daten bearbeitet werden sollen tragen (also auch die Unterschrift **von mitversicherten Personen**). Das betrifft **auch Jugendliche, die das 14. Lebensjahr bereits vollendet haben**.

Ohne diese ausdrückliche Einwilligung aller Personen kann eine weitere Bearbeitung durch die benefit consulting gmbh nicht erfolgen.