

Für Antragstellung  
Seiten 1, 2 und 3 senden!

## Verwaltung

BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

### Helvetia Versicherungen AG

Versicherungsgesellschaft

33333585

Vermittlernummer

Werbernummer

ersetzte Polizze

Sparte

fremd  
 eigen

Polizzen-Ablauf

Jahresbruttoprämie (alt)

Stempel Versicherungsmakler/Berater

## Versicherungsdauer 10 Jahre

Versicherungsbeginn T T M M J J J J Der Versicherungsvertrag ist auf die vereinbarte Dauer abgeschlossen. Sofern dies den Bedingungen entspricht, verlängert sich die Laufzeit jeweils um 1 Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf von einem der Vertragsteile schriftlich gekündigt worden ist.

## Gefahrenklassen

### Gefahrenklasse 1 – Smart / Clever

- Humanärztliche Ordinationen (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) max. VS 324.000 EUR
- Apotheken max. VS 54.000 EUR
- Ordinationen von Psychologen (Smart: Karenzfrist mindestens 14 Tage) max. VS 54.000 EUR
- Ordinationen von Physio- / Ergotherapeuten, Logopäden, selbstständigen Hebammen (Smart: Karenzfrist mindestens 14 Tage) max. VS 54.000 EUR

### Gefahrenklasse 2 – Smart / Clever

- Zahnärztliche Ordinationen und Dentisten max. VS 162.000 EUR

### Versicherungssumme = Deckungsbeitrag

→

Die Prämie unterliegt einer jährlichen Pramienanpassung.

## Karenzfrist

### Tarif „Smart“

Karenzfrist  3 Tage  14 Tage  28 Tage

- Mit generellen Kündigungsverzicht
- Verkürzung der Karenzfrist bei Krankenhausaufenthalt

Bei den Smart-Varianten mit einer Karenzfrist von 14 oder 28 Tagen haben Sie die Möglichkeit, die Karenzfrist bei stationärem Krankenhausaufenthalt von mindestens 13 Nächten entfallen zu lassen.

### Tarif „Clever“ (mit Staffelnkarenz)

Leistungen vom 4. bis zum 7. Tag der Berufsunfähigkeit 1/3 der Tagesentschädigung, vom 8. bis zum 14. Tag 2/3 der Tagesentschädigung und ab dem 15. Tag die volle Tagesentschädigung. Bei 1 Nacht stationärem Krankenhausaufenthalt entfällt die Karenzfrist.

Entfall der Karenzfrist bei ununterbrochener völliger Arbeitsunfähigkeit von mindestens 42 Tagen

30 % Prämienrückvergütung bei Schadenfreiheit in einem vollen Kalenderjahr

- Mit generellem Kündigungsverzicht
- Tarif „Excidentendeckung“ - Eintrittsalter max. 55 Jahre

Bei gegenständlichem Vertrag besteht Versicherungsschutz im Falle der Kündigung im Schadenfall des bei dem im Antrag angeführten Vertages beim Mitbewerber. Bis zum Stornodatum wird lediglich die anteilige Prämie (16,7%) für die Vereinbarung auf Kündigungsverzicht im Schadenfall vorgeschrieben. Ab dem Stornodatum des Vertrages beim Mitbewerber gelangt die Gesamtpremie zur Vorschreibung (Prämie für die Grunddeckung zuzüglich Prämie für die Kündigungsverzichtsvereinbarung). Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, die Stornobestätigung des Mitbewerbers sowie den Schadenfall betreffende Unterlagen, welche zur Kündigung im Schadenfall geführt haben, im Zuge der Vertragsumstellung in Kopie zu übermitteln.

Titel, Vor- und Zuname  w  m

T T M M J J J J

Geb. Datum

Ab Alter 55 = Anfragspflicht !

Fachrichtung

Straße, Hausnummer (Inkassoadresse)

PLZ, Ort (Inkassoadresse)

Straße, Hausnr. (Risikoadresse, wenn nicht ident mit Inkassoadresse)

PLZ, Ort (Risikoadresse, wenn nicht ident mit Inkassoadresse)

Telefon

E-Mail

## Gesundheitsfragen – Angaben der zu versicherten Person

Größe cm Gewicht kg

Leiden oder litten Sie an Erkrankungen, Beschwerden oder hatten Sie Operationen:

- |   |   |
|---|---|
| 1 des Herzens bzw. der Kreislauforgane (z.B. Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Venenentzündungen)  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 2 der Atmungsorgane (z.B. wiederholte Bronchitis, Asthma)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 3 der Verdauungsorgane, des Magens oder des Darms (z.B. Gastritis, Geschwüre), der Galle (z.B. Steinleiden), der Leber (z.B. Hepatitis) oder der Bauchspeicheldrüse   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 4 der Niere, des Harnweges (z.B. Steinleiden) oder der Geschlechtsorgane  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 5 des Gehirnes, des Nervensystems oder der Psyche (z.B. häufige Kopfschmerzen, Schwindel, Lähmungen, Epilepsie, Depressionen)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 6 der Sinnesorgane (z.B. der Ohren oder der Augen)  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 7 des Blutes oder des Immunsystems (z.B. Infektionskrankheiten, Aids)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 8 der Haut oder Schleimhäute (z.B. Allergien)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 9 der Knochen, der Gelenke oder der Bänder (z.B. Wirbelsäule, Ischialgie, Rheuma, Leistenbruch, Meniskus)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 10 des Stoffwechselsystems (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht, erhöhte Blutfette) oder der Drüsen (z.B. der Schilddrüsen)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 11 der weiblichen Organe (z.B. der Brust oder der Unterleibsorgane)   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 12 Leiden oder litten Sie an Erkrankungen oder Beschwerden, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde?<br>Wenn ja, welche?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 13 Unfälle, Verletzungen oder ergiftungen, die eine ärztliche Behandlung erfordern? Wenn ja, wann?<br>Welcher Art?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 14 Sind sie invalid? Wenn ja, seit wann?<br>Ursache?<br>Welcher Art?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 15 Ist eine Operation vorgesehen?<br>Wenn ja, welche?   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 16 Oder haben Sie sich einer Entziehungskur unterzogen oder eine solche geplant?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 17 Besteht eine Schwangerschaft?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 18 Haben Sie in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum hinweg Medikamente oder Drogen genommen?<br>Wenn ja, welche?<br>Von wann bis wann?<br>Wieviele?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 19 Sind Sie Brillen- bzw. Kontaktlinsenträger?<br>Dioptrien li _____ re _____   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 20 Wie groß ist Ihr täglicher Konsum von<br>Alkohol _____ Coffein _____ Nikotin _____   |   |
| 21 Erhalten Sie mehr als den bloßen Spesenersatz für bestimmte Sportart? Wenn ja, bitte um Angaben der Sportart(en)?  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| 22 Üben Sie eine der angeführten oder eine andere gefährliche Sportart aus? Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 5 / Extrebergsteigen, Bungee-Jumping, Canyoning, Rafting, Free-Climbing, Tauchen mit Mischgas, Motorsport (Autocross, Motocross, Rallyefahren, Motorradfahren), Kampfsportarten, Schwerathletik. Wenn ja, bitte um Angabe der Sportart(en)! | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

Hausarzt: Name / Adresse

Detailinformationen zu den mit „ja“ beantworteten Fragen: Grund der Behandlung, Behandlungs- bzw. Nachbehandlungszeitraum, Name und Anschrift des beh. Arztes oder Spitals. Bitte Frage-Nr. und genaue Antwort, sowie Befundkopie beilegen.

Bemerkungen

## Bestätigung Gesundheitsfragen

Ich bestätige die eigenhändige, korrekte Beantwortung der Gesundheitsfragen

Ort / Datum

Unterschrift versicherte Person

## Allgemeine Risikofragen

Besteht bereits für eines der beantragten Risiken eine Versicherung bei anderen Unternehmen?  ja  nein

Name des Unternehmens

Risiko

Pol. Nr.

Versicherungssumme

Jahresbruttoprämie

Ablauf

Name des Unternehmens

Risiko

Pol. Nr.

Versicherungssumme

Jahresbruttoprämie

Ablauf

Sind die beantragten Risiken von anderen Versicherungsunternehmen bereits abgelehnt, gekündigt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen worden?

 ja  nein

Name des Unternehmens

Risiko

Pol. Nr.

Begründung

Vinkulierung/Verpfändung/Abtretung  nein ja zu Gunsten: \_\_\_\_\_

## Prämie – Willkommensbonus

Bei erstmaliger Beantragung eines Helvetia BUFT-Vertrages kann ein einmaliger Willkommensbonus in Form einer Einrechnung auf die erste Jahresprämie wie folgt gewährt werden:

- bis zu einem Eintrittsalter von 40 Jahren bis 90 % der ersten Jahresprämie
- bis zu einem Eintrittsalter von 45 Jahren bis 60 % der ersten Jahresprämie
- bis zu einem Eintrittsalter von 50 Jahren bis 30 % der ersten Jahresprämie

## Zahlungsmodalitäten

Bei unterjähriger Zahlung wird ein Zuschlag verrechnet (1/2 = 2%; 1/4 = 3%; 1/12 = 4%)

### Zahlungsart:

jährl.  1/2 jährl.  1/4 jährl.  monatlich (nur mit Einzugsverfahren)

### Zahlungsweise:

Zahlschein  Einzugsermächtigung

### Abbuchungsauftrag:

besteht zur Pol.-Nr. ....

## SEPA-Lastschrift-Mandat (Ermächtigung)

### Zahlungsempfänger:

Helvetia Versicherungen AG, Generaldirektion

Hoher Markt 10-11, 1010 Wien

Creditor-ID AT81ZZZ0000009924

Ich ermächtige die Helvetia Versicherungen AG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Geldinstitut an, die von der Helvetia Versicherungen AG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Mit der Unterfertigung dieses Mandates bestätige ich die unterzeichnende Person, berechtigt zur Autorisierung der Lastschrift zu sein. Es gilt eine Vorankündigungs-Frist (Pre-Notification) von 5 Tagen als vereinbart. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....  
Kontoführende Bank / Name

.....  
Kontoführende Bank / Adresse

.....  
BIC / SWIFT

.....  
IBAN

.....  
Kontoinhaber und Unterschrift, wenn nicht ident mit der versicherten Person

## Zustimmungserklärung

**Zustimmungen:** 1. Ich/wir stimme(n) ausdrücklich zu, dass der Versicherer die im Zusammenhang mit der (den) beantragten Versicherung(en) stehenden Daten an andere Versicherungsunternehmen und Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen übermittelt. 2. Ich/wir nehme(n) zur Kenntnis, dass bei Erlagscheininkasso die jeweilige Einbebegebühr angelastet wird. Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir, die umseitigen Erklärungen gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben(n). Mit meiner/unserer Unterschrift werden die umseitigen Erklärungen zu einem Bestandteil des Antrages. 3. Ich/wir bestätige(n), dass ich/wir eine Zweitschrift dieses Antrags anlässlich der Unterfertigung übernommen habe(n). Erklärung für Verbraucher im Sinne des § 1 Konsumentenschutzgesetz: Ich/wir habe(n) einen Antrag zu den behördlich genehmigten Geschäftsgrundlagen gestellt, und bestätige(n), dass hierzu keinerlei Nebenabreden getroffen wurden. Ich/wir bestätige(n), dass die nicht beantragten und nicht gekennzeichneten Sparten ausdrücklich von mir/uns nicht gewünscht werden. Über die Rechtsfolgen wurde(n) ich/wir aufgeklärt, insbesondere über die Rechtsfolgen in einem Schadenfall.

Zur Beachtung: Der Antragsteller übernimmt durch seine Unterschrift die Verantwortung für die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben, auch dann, wenn er dies nicht eigenhändig geschrieben hat. An diesen Antrag hält sich der Antragsteller durch 6 Wochen gebunden. Ein Widerruf dieser Zustimmung ist jederzeit möglich.

.....  
Ort / Datum

.....  
Unterschrift Versicherungspartner

.....  
Unterschrift Antragsteller

## Wichtige Hinweise / Angaben gem. § 137f GewO

### Rücktrittsrecht nach § 5b Versicherungsvertragsgesetz

– Haben Sie keine Kopie Ihrer schriftlichen Vertragserklärung erhalten, obwohl Sie diese dem Versicherer oder dessen Beauftragten persönlich abgeben haben, oder wurden Ihnen die Versicherungsbedingungen nicht vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung (Antragsaufnahme) übergeben, sind Sie berechtigt, innerhalb von zwei Wochen ab Zugang der Versicherungsurkunde und -bedingungen sowie Belehrung über dieses Rücktrittsrecht vom Vertrag zurückzutreten. Der Rücktritt kann nur schriftlich erklärt werden, wobei es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Versicherungsurkunde einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Wurde vorläufige Deckung gewährt, so gebührt dem Versicherer dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn die vereinbarte Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

### Allgemeine Bestimmungen

– Zahlen Sie bitte pünktlich Ihre Prämie – am besten mittels Einzugsermächtigung – damit Ihr Versicherungsschutz nicht unterbrochen wird. Vergessen Sie bitte nicht, die Polizzenummer dieser Versicherungsurkunde auf Briefen und Zahlungsbelegen anzugeben.

– Sie können gegen Erstattung der Kosten jederzeit Abschriften aller Erklärungen verlangen, die Sie mit Bezug auf den Versicherungsvertrag abgegeben haben.

### Anzuwendendes Recht

Auf diesen Vertrag ist österreichisches Recht anzuwenden. Vertragsgrundlage bilden die den beantragten Sparten zugrundeliegenden Bedingungen des jeweiligen Versicherers. Ist der Versicherungsnehmer Unternehmer, so wird das für 1010 Wien sachlich zuständige Gericht vereinbart.

### Bindungsdauer

Der (die) Antragsteller ist (sind) an diesen Antrag 6 Wochen ab Antragstellung gebunden.

ärzteservice Dienstleistung GmbH, 1090 Wien, Ferstelgasse 6  
„Versicherungsvermittlung in der Form Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten“ Reg. Zl 100982R09

## Erklärung bezg. d. Abschlusses der beantragten Versicherung

### Angaben zum Antrag

Der (die) Antragsteller und gegebenenfalls die zu versichernde(n) Person(en) bestätigt (bestätigen) durch eigenhändige Unterschrift auf dem Antrag, dass er (sie) die vorstehenden Fragen wahrheitsgemäß beantwortet hat (haben) und nimmt (nehmen) zur Kenntnis, dass unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsleistung zur Folge haben können. Dies betrifft insbesondere die Angaben zu den Gesundheitsfragen bzw. die Angaben zum kleinen ärztlichen Attest. Der Antragsteller allein ist für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt.

### Anzeigepflicht, Erhöhung der Gefahr

Der Antragsteller ist verpflichtet, die Fragen nach den gefahrerheblichen Umständen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die von ihm zu übernehmende Gefahr richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern. Tritt nach der Antragstellung eine Erhöhung der Gefahr ein, muss der Antragsteller dies dem Versicherer unverzüglich anzeigen, sobald er von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangt. Jeder Gefahrumstand, nach dem ausdrücklich gefragt wurde, gilt als erheblich.

### Handlungen des Vertriebspartners

Der Vertriebspartner ist ausschließlich bevollmächtigt, Anträge auf Abschluss, Verlängerung oder Abänderung von Versicherungsverträgen entgegen zu nehmen. Der Vertriebspartner ist nicht berechtigt, verbindliche Erklärungen, insbesondere über die Bedeutung und Erheblichkeit der Fragen an die zu versichernde Person, für die Gesellschaft abzugeben.

### Anträge, Anzeigen und Erklärungen

Anträge, Anzeigen oder Erklärungen des Antragstellers bzw. Versicherungsnehmers oder Versicherten müssen schriftlich erfolgen. Zusagen des Versicherers sind nur gültig, wenn sie schriftlich mit firmenmäßiger Zeichnung ausgestellt worden sind. Ebenso sind sonstige Abreden nur dann verbindlich, wenn sie schriftlich am Antrag festgehalten sind und der Versicherer sie schriftlich bestätigt. Die Schriftform erfüllen unterfertigte Brief- oder Faxsendungen des Versicherungsnehmers, nicht jedoch E-Mails. Es werden keine mündlichen Vereinbarungen getroffen.

### Mehraufwendungen

Der Antragsteller verpflichtet sich zur Bezahlung aller Mehraufwendungen, die durch sein Verhalten veranlasst wurden (z.B. Mahnspesen, Verzugszinsen,...).

### Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt erst mit Zugang des Versicherungsscheines (Polizze) oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande; vor diesem Zeitpunkt besteht kein Versicherungsschutz, soweit nicht schriftlich vorläufige Deckung zugesagt worden ist. Ist ein späterer Beginn der Versicherung beantragt, so besteht Versicherungsschutz frühestens ab diesem Zeitpunkt.

## Erklärung bezg. d. Abschlusses der beantragten Versicherung

### Haftung

Der Versicherungsmakler haftet nur bei grobem Verschulden seiner Vertriebspartner, derer er sich bei der Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen bedient.

### Dauerrabatt

Für die 10-jährige Versicherungsdauer ist ein Prämiennachlass von 20 % eingeräumt (Dauerrabatt). Bei vorzeitiger Auflösung der Versicherung durch den Versicherungsnehmer (vorbehaltlich der Zustimmung etwaiger Vinkulargläubiger), kann der Versicherer den der tatsächlichen Laufzeit des Vertrages nicht entsprochenen Dauerrabatt rückverrechnen. Dieser beträgt bis zum Ablauf des fünften Versicherungsjahres 25 %, danach 12,5 % der insgesamt für die tatsächliche Vertragslaufzeit zu bezahlenden Prämie. Hat der Versicherer den Prämienrabatt des Vorversicherers übernommen, gilt eine „Zehntel“-Regelung als vereinbart. Pro angefangenem Versicherungsjahr gilt 1/10 der übernommenen Dauerrabattrückforderung als verdient, den Rest kann der Versicherer zurückfordern.

### Nebengebühren

Mit der Prämienvorschreibung werden außer den Steuern im gesetzlichen Ausmaß auch Nebengebühren iSd § 41b VersVG, wie z.B. Inkassospesen bei Zahlung mittels Erlag- oder Zahlscheines, sowie gegebenenfalls tarifliche Zuschläge bei unterjähriger Zahlungsart und Mahnspesen inkl. Verzugszinsen im Ausmaß von 1 % pro Monat bei Zahlungsverzug verrechnet.

### Zuständigkeit bei Beschwerden

Für Beschwerden, den Versicherungsvertrag betreffend, ist die Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5, zuständig.

### Entbindung von der Schweigepflicht

Der (die) Antragsteller und gegebenenfalls die zu versichernde(n) Person(en) ermächtigt (ermächtigen) den Versicherer durch eigenhändige Unterschrift auf dem Antrag, alle Erkundigungen einzuholen und entbindet (entbinden) die befragten Ärzte, Anstalten, Behörden und alle sonstigen Stellen von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht auch über seinen (ihren) Tod hinaus.

### Zustimmungserklärung iSd Datenschutzgesetzes 2000 und des Telekommunikationsgesetzes

Der (die) Antragsteller und gegebenenfalls die zu versichernde(n) Person(en) stimmt (stimmen) ausdrücklich zu, dass der Versicherungsmakler die im Zusammenhang mit der beantragten Versicherung stehenden Daten an andere Versicherungsunternehmen und Gemeinschaftseinrichtungen der Versicherungsunternehmen weiterleitet und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Darüber hinaus stimmt (stimmen) der (die) Antragsteller ausdrücklich zu, dass Daten zur Unterstützung seiner/ihrer Betreuung an das Versicherungsmakler-Büro weitergegeben und von diesem im Rahmen der datenschutzrechtlichen und sonstigen gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet werden dürfen; des weiteren dass der zuständige Versicherungsberater dem (den) Antragsteller(n) unaufgefordert telefonische Vorschläge für andere Produkte unterbreiten darf. Dies gilt auch für Zusendungen mittels elektronischer Post.

## Excedentendeckung

### Gefahrenklasse 1:

Ärzte, Apotheken, Ergo- und Physiotherapeuten, Psychologen, Logopäden und selbstständige Hebammen

### Gefahrenklasse 2:

Zahnärzte und Dentisten

### Annahmerichtlinien:

- Eintrittsalter max. 55 Jahre
- Angabe der Vertragsdaten beim Mitbewerber unbedingt erforderlich
- Aktuell ausgefüllte und unterschriebene Gesundheitsfragen
- Etwaig notwendige Befunde bezüglich Vorerkrankungen müssen beigelegt werden
- Die versicherte Person bestätigt in den letzten 3 Jahren keine Schäden beim Mitbewerber bzw. Stammversicherer gemeldet zu haben bzw. werden die Schäden der letzten 3 Jahre unter Angabe von Dauer und Entschädigungsleistung am Antrag angegeben.
- Nach Ablauf des Stammvertrages ist Konvertierung sowohl auf Verkaufsprogramm Smart als auch Clever möglich!

Alter	Gefahrenklasse 1	Gefahrenklasse 2
	Prämie je VS € 100.000,-- (4%Vers.Steuer)	Prämie je VS € 100.000,-- (4%Vers.Steuer)
bis 35	268,08	441,68
36	273,50	450,57
37	279,04	459,65
38	284,68	468,90
39	290,43	478,34
40	296,31	487,97
41	302,29	497,79
42	308,40	507,81
43	314,63	518,03
44	320,99	528,45
45	327,47	539,08
46	339,04	555,35
47	351,01	572,10
48	363,41	589,36
49	376,24	607,13
50	389,51	625,44
51	403,26	644,30
52	417,48	663,72
53	432,20	683,72
54	447,44	704,33
55	463,20	725,55

## Tarif BUFT Clever

**Gefahrenklasse 1:**

Ärzte (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten), Apotheken, Ergo- und Physiotherapeuten, Psychologen, Logopäden und selbstständige Hebammen

Alter	Clever	
	ohne Kündigungsvorzicht VS € 100.000,--	mit Kündigungsvorzicht VS € 100.000,--
bis 35	1,294.40	1,553.28
36	1,320.60	1,584.72
37	1,347.32	1,616.79
38	1,374.58	1,649.50
39	1,402.38	1,682.86
40	1,430.74	1,716.89
41	1,459.66	1,751.60
42	1,489.17	1,787.00
43	1,519.26	1,823.11
44	1,549.96	1,859.95
45	1,581.27	1,897.52
46	1,629.17	1,955.00
47	1,678.51	2,014.21
48	1,729.33	2,075.20
49	1,781.68	2,138.01
50	1,835.59	2,202.71
51	1,891.13	2,269.35
52	1,948.33	2,337.99
53	2,007.24	2,408.69
54	2,067.92	2,481.51
55	2,130.43	2,556.51
56	2,216.26	2,659.52
57	2,305.54	2,766.64
58	2,398.38	2,878.05
59	2,494.93	2,993.92
60	2,595.35	3,114.42
61	2,699.79	3,239.74
62	2,808.40	3,370.08
63	2,921.36	3,505.63
64	3,038.83	3,646.60
65	3,161.00	3,793.21

**Gefahrenklasse 2:**

Zahnärzte und Dentisten (Taxengrenze € 162.000,-)

Alter	Clever	
	ohne Kündigungsvorzicht VS € 100.000,--	mit Kündigungsvorzicht VS € 100.000,--
bis 35	2,008.68	2,410.41
36	2,049.16	2,458.99
37	2,090.45	2,508.54
38	2,132.57	2,559.09
39	2,175.53	2,610.64
40	2,219.36	2,663.23
41	2,264.05	2,716.86
42	2,309.64	2,771.57
43	2,356.15	2,827.38
44	2,403.58	2,884.30
45	2,451.96	2,942.36
46	2,525.99	3,031.18
47	2,602.23	3,122.68
48	2,680.76	3,216.92
49	2,761.65	3,313.98
50	2,844.97	3,413.96
51	2,930.78	3,516.94
52	3,019.17	3,623.01
53	3,110.21	3,732.26
54	3,203.98	3,844.78
55	3,300.57	3,960.68
56	3,433.21	4,119.86
57	3,571.16	4,285.39
58	3,714.63	4,457.56
59	3,863.84	4,636.60
60	4,019.01	4,822.81
61	4,180.39	5,016.47
62	4,348.23	5,217.87
63	4,522.78	5,427.33
64	4,704.31	5,645.17
65	4,893.10	5,871.72

## Tarif BUFT Smart – Gefahrenklasse 1

## Tarif BUFT Smart – Gefahrenklasse 1

**Gefahrenklasse 1:**

Ärzte (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten), Apotheken, Ergo- und Physiotherapeuten, Psychologen, Logopäden und selbstständige Hebammen

	<b>Smart</b> Karenz 3 Tage mit Kündigungsverzicht VS € 100.000,--	<b>Smart</b> Karenz 3 Tage ohne Kündigungsverzicht VS € 100.000,--	<b>Smart</b> Karenz 14 Tage mit Kündigungsverzicht VS € 100.000,--	<b>Smart</b> Karenz 14 Tage ohne Kündigungsverzicht VS € 100.000,--	<b>Smart</b> Karenz 28 Tage mit Kündigungsverzicht VS € 100.000,--	<b>Smart</b> Karenz 28 Tage ohne Kündigungsverzicht VS € 100.000,--
bis 35	1605.27	1337.72	927.64	773.03	270.55	225.46
36	1637.75	1364.79	951.30	792.75	276.33	230.28
37	1670.87	1392.40	975.55	812.95	282.23	235.19
38	1704.66	1420.55	1000.40	833.67	288.25	240.21
39	1739.13	1449.28	1025.87	854.90	294.39	245.32
40	1774.29	1478.57	1051.99	876.66	300.65	250.54
41	1810.14	1508.45	1078.75	898.96	307.03	255.86
42	1846.72	1538.93	1106.19	921.82	313.55	261.29
43	1884.03	1570.02	1134.31	945.26	320.19	266.82
44	1922.08	1601.73	1163.13	969.28	326.96	272.47
45	1960.89	1634.08	1192.67	993.89	333.88	278.23
46	2030.18	1691.81	1222.96	1019.13	342.69	285.57
47	2101.88	1751.57	1254.00	1045.00	351.72	293.10
48	2176.10	1813.42	1285.81	1071.51	360.98	300.82
49	2252.92	1877.43	1318.42	1098.68	370.47	308.73
50	2332.42	1943.68	1351.85	1126.54	380.20	316.83
51	2414.71	2012.26	1386.11	1155.09	390.17	325.14
52	2499.87	2083.23	1421.23	1184.36	400.39	333.66
53	2588.02	2156.68	1457.22	1214.35	410.86	342.39
54	2679.25	2232.71	1494.12	1245.10	421.60	351.33
55	2773.68	2311.40	1531.94	1276.62	432.61	360.50
56	2885.37	2404.48	1570.70	1308.92	443.89	369.90
57	3001.53	2501.28	1610.44	1342.03	455.45	379.54
58	3122.34	2601.95	1651.16	1375.97	467.30	389.42
59	3247.97	2706.65	1692.91	1410.76	479.45	399.54
60	3378.64	2815.53	1735.70	1446.41	491.90	409.92
61	3514.53	2928.77	1779.55	1482.96	504.66	420.55
62	3655.85	3046.55	1824.51	1520.42	517.75	431.45
63	3802.83	3169.03	1870.59	1558.82	531.15	442.63
64	3955.69	3296.41	1917.82	1598.18	544.90	454.08
65	4114.66	3428.89	1966.23	1638.52	558.99	465.82

Zuschlag für Verkürzung bei Krankenhausaufenthalt

55%

55%

320%

320%

## Tarif BUFT Smart – Gefahrenklasse 2

## Tarif BUFT Smart – Gefahrenklasse 2

**Gefahrenklasse 2:**  
 Zahnärzte und Dentisten (Taxengrenze € 162.000,-)

	<b>Smart</b> Karenz 3 Tage mit Kündungsverzicht VS € 100.000,-	<b>Smart</b> Karenz 3 Tage ohne Kündungsverzicht VS € 100.000,-	<b>Smart</b> Karenz 14 Tage mit Kündungsverzicht VS € 100.000,-	<b>Smart</b> Karenz 14 Tage ohne Kündungsverzicht VS € 100.000,-	<b>Smart</b> Karenz 28 Tage mit Kündungsverzicht VS € 100.000,-	<b>Smart</b> Karenz 28 Tage ohne Kündungsverzicht VS € 100.000,-
bis 35	2644.77	2203.98	990.64	825.53	354.09	295.07
36	2698.04	2248.37	1010.83	842.35	361.54	301.28
37	2752.37	2293.64	1031.41	859.51	369.15	307.62
38	2807.79	2339.83	1052.42	877.01	376.90	314.08
39	2864.32	2386.93	1073.84	894.86	384.81	320.68
40	2921.98	2434.98	1095.69	913.07	392.88	327.40
41	2980.79	2483.99	1117.97	931.64	401.11	334.26
42	3040.78	2533.98	1140.70	950.59	409.50	341.25
43	3101.97	2584.97	1163.89	969.91	418.07	348.39
44	3164.38	2636.98	1187.54	989.62	426.80	355.67
45	3228.04	2690.03	1211.66	1009.72	435.71	363.09
46	3325.44	2771.20	1236.27	1030.22	447.07	372.56
47	3425.76	2854.80	1261.37	1051.14	458.71	382.26
48	3529.09	2940.91	1286.97	1072.47	470.64	392.20
49	3635.52	3029.60	1313.08	1094.23	482.87	402.40
50	3745.15	3120.96	1339.71	1116.43	495.41	412.84
51	3858.06	3215.05	1366.88	1139.07	508.26	423.55
52	3974.36	3311.97	1394.59	1162.16	521.43	434.53
53	4094.15	3411.79	1422.85	1185.71	534.94	445.78
54	4217.53	3514.61	1451.68	1209.74	548.77	457.31
55	4344.62	3620.52	1481.09	1234.24	562.96	469.13
56	4497.33	3747.78	1518.58	1265.48	580.41	483.67
57	4655.39	3879.49	1557.01	1297.51	598.38	498.65
58	4818.98	4015.82	1596.40	1330.34	616.89	514.07
59	4988.30	4156.91	1636.78	1363.98	635.95	529.96
60	5163.54	4302.95	1678.16	1398.47	655.59	546.33
61	5344.92	4454.10	1720.58	1433.82	675.82	563.18
62	5532.64	4610.53	1764.06	1470.05	696.65	580.54
63	5726.93	4772.44	1808.63	1507.19	718.11	598.42
64	5928.03	4940.02	1854.31	1545.26	740.21	616.84
65	6136.16	5113.47	1901.13	1584.28	762.97	635.81

Zuschlag für Verkürzung bei Krankenhausaufenthalt

75%

75%

250%

250%