



## Anmeldeformular Gesundheitswoche Fit & G'sund im Gesundheitsberuf

Antragsteller	VSNR	Geburtsdatum
Vor- und Familienname:		
Adresse:		
E-Mail:	Telefon:	
In welcher Branche sind Sie tätig?		
<b>Ich bin in meinem Gesundheitsberuf</b> <input type="checkbox"/> selbständig erwerbstätig <input type="checkbox"/> unselbständig erwerbstätig bei _____		
<b>Krankenversicherungsträger:</b> <input type="checkbox"/> SVS <input type="checkbox"/> ÖKG <input type="checkbox"/> BVAEB <input type="checkbox"/> Sonstige:		

<b>Termin:</b>  <b>Auffrischer:</b>  <b>Ort:</b>
--

- ✓ Mit der Antragstellung verpflichte ich mich zur Teilnahme am gesamten Gesundheitsangebot (**Grundwo-**  
**che und Auffrischer**).
- ✓ Ich erkläre mich damit einverstanden, eine **einkommensabhängige Zuzahlung** zu leisten, welche im Zuge der Beitrags- oder Kostenanteilsverschreibung eingehoben wird.
- ✓ Ich bestätige, dass ich körperlich und psychisch in der Lage bin, an einem ganztägigen Vortrags- bzw. Bewegungsprogramm mitzumachen. Änderungen des gesundheitlichen Zustandes bzw. der oben erwähnten Angaben gebe ich der SVS vor Antritt des Gesundheitsangebotes bekannt.
- ✓ **Haftungsausschluss:** Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Teilnahme auf eigene Gefahr erfolgt und die SVS nicht für die Eignung der Teilnehmer am Programm verantwortlich ist, sowie jegliche Haftung für Schäden an Personen und Material seitens der SVS und deren beauftragten Personen ausgeschlossen ist.



- ✓ **Stornierung:** Wenn ich das Gesundheitsangebot ohne ärztlich bestätigte Krankheit innerhalb von 28 Tagen vor Beginn absage oder vorzeitig abbreche, trage ich die anfallenden **Stornokosten** selbst.
  - ✓ Bei Absagen bis 14 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 20% des Leistungstagsatzes für die Dauer des Gesundheitsangebotes
  - ✓ Bei Absagen bis 7 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 40% des Leistungstagsatzes für die Dauer des Gesundheitsangebotes
  - ✓ Bei Absagen kürzer als 7 Tage vor Beginn des Gesundheitsangebotes 70% des Leistungstagsatzes für die Dauer des Gesundheitsangebotes
  - ✓ Bei Abbruch 100% des Leistungstagsatzes für die nicht in Anspruch genommenen Leistungstage bis zum Ende des Gesundheitsangebotes
  
- ✓ **Datenschutz:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine **personenbezogenen Daten** (VSNR, Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Gesundheitsdaten) an den von der SVS berechtigten/beauftragten Vertragspartner (Hotel, Ärzte, Trainer, Therapeuten, Gesundheitsförderer) weitergeleitet und zu Evaluierungszwecken von diesem wieder an die SVS rückübermittelt werden. Diese Einwilligung zur Datenverarbeitung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per Mail unter [dsb@svs.at](mailto:dsb@svs.at) oder per Post an die Sozialversicherung der Selbständigen, Wiedner Hauptstraße 84-86, 1051 Wien widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter [svs.at/vvt](http://svs.at/vvt)
  
- ✓ **Eine Antragstellung ist ausschließlich über die SVS möglich!** Bitte übermitteln Sie den ausgefüllten Antrag und alle erforderlichen **Unterlagen** an das **Dienstleistungszentrum Sicherheit & Gesundheit**. SVS-Versicherte können dies rasch und bequem mit **svsGO** erledigen. Melden Sie sich mit Ihrer ID Austria an und laden Sie die Unterlagen unter dem Menüpunkt **Hilfe & Kontakt** mit einigen wenigen Klicks hoch. Gerne nehmen auch die **SVS-Kundencenter** Ihre Unterlagen entgegen.

**Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Teilnahme am ausgewählten Gesundheitsangebot und akzeptiere die oben angeführten Bedingungen.**

---

Datum / Unterschrift