

**ANMELDUNG** zur BERUFS-HAFTPFLICHT-VERSICHERUNG  
(Pol.Nr.:000-1905-8944 )  
Rahmenvereinbarung für Mitglieder des ÖAGG

**PSYCHOTHERAPEUTIN**       **KLINISCHE- UND GESUNDHEITSPSYCHOLOGIN**  
zutreffendes bitte ankreuzen

Die/der Unterzeichnete meldet sich verbindlich zur obiger Versicherung, die den gesetzlichen Erfordernissen des § 16 b des BGBl. I Nr. 361/1990 Psychotherapiegesetzes bzw. des § 39 BGBl. I Nr.182/2013 Psychologengesetzes entspricht, an.  
(Deckungssumme für Sach-, Personen und reine Vermögensschäden 1.000.000 € pro Versicherungsfall, 3-faches Jahreshöchstlimit, unbeschränkte Nachhaftung).

Der Versicherungsschutz beginnt jeweils mit dem 01.01.des laufenden Kalenderjahres. Nach Einlangen der Anmeldung beim ÖAGG wird eine Versicherungsbestätigung mit individueller Polizzenummer als Nachweis für eine Berufshaftpflichtversicherung zur Weiterleitung an das BM und an das Mitglied gesendet.

Erlischt die Mitgliedschaft beim ÖAGG, besteht der Versicherungsschutz unverändert weiter bis zum 31.12. des laufenden Kalenderjahres. Mit dem 01.01. des Folgejahres erlischt der Versicherungs-schutz automatisch und es wird ein Widerruf, der beim BM hinterlegten Versicherungsbestätigung ausgesprochen und an das BM gesendet. Die Berufshaftpflichtversicherung ist vom versicherten Mitglied jährlich zum 31.12. mit einer dreimonatigen Frist kündbar.

Die Prämie der Haftpflichtversicherung beträgt 59.- Euro jährlich (inkl. Steuern und Gebühren).  
Der Versicherungsbeitrag muss spätestens vier Wochen nach Erhalt des Zahlscheines beim ÖAGG eingegangen sein, da sonst kein Versicherungsschutz für das laufende Jahr besteht.

Der Versicherungsschutz wird, erst wieder mit Einlagen der Versicherungsprämie auf das Konto des ÖAGG aktiviert. Eine etwaige Änderung der Praxisadresse ist dem ÖAGG schriftlich zu melden.

Den Versicherungsverträgen liegen die ABHM 2000 i.d.F. 07/2012 zu Grunde.

TITEL/ NAME: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

TELEFONNUMMER: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

NAME DER IN DER PRAXIS BESCHÄFTIGTEN HILFSKRAFT: \_\_\_\_\_

DATUM UND UNTERSCHRIFT

01/2019