

Eingangsstempel LD _____ Eingangsstempel GD _____

Vermittler-Nr. _____ Name _____ Vermittler-Nr. _____ Name _____

Wir haben aus Gründen der Lesbarkeit auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Es sind jedoch immer beide Geschlechter im Sinne der Gleichbehandlung angesprochen.

Versicherungsnehmer (P 1)

Kunden-Nr. _____ Familienname _____ Vorname _____ Titel _____

TT MM JJ m. w. _____
Geburtsdatum _____ Fam.-Stand _____ Telefon-Nr. _____ E-Mail _____

Sozialversicherung _____ SV-Nr. _____ Beruf, Art der Beschäftigung _____ beschäftigt bei _____ aktiv Pension Karenz

Postleitzahl _____ Ort _____ Straße _____ Hausnummer _____ Nationalität _____

GK-Name _____ GK-Konto _____ Personalnummer _____ Eintrittsdatum _____

Versicherte Personen (VP)

P. 2

Kunden-Nr. _____ Familienname, Vorname, Titel _____ TT MM JJ m. w. _____
Geburtsdatum _____

Verwandsch.-Verhältnis _____ Beruf – Art der Beschäftigung _____ Sozialversicherung _____ SV-Nr. _____

P. 3

Kunden-Nr. _____ Familienname, Vorname, Titel _____ TT MM JJ m. w. _____
Geburtsdatum _____

Verwandsch.-Verhältnis _____ Beruf – Art der Beschäftigung _____ Sozialversicherung _____ SV-Nr. _____

P. 4

Kunden-Nr. _____ Familienname, Vorname, Titel _____ TT MM JJ m. w. _____
Geburtsdatum _____

Verwandsch.-Verhältnis _____ Beruf – Art der Beschäftigung _____ Sozialversicherung _____ SV-Nr. _____

Versicherungsbeginn 01 / 20 / _____ Aktentrennung/Aktenzusammenlegung

Polizzen-Nr. _____

Stationär / Novum / Ambulant / Pflege / Zahn / Taggeld / andere Tarife	GesundheitsPlus für Spitalskosten- und Einbettzimmer tarife					€ Monatsprämie
	50 % Alle Tarife MGPE/16	50 % + 2MP Alle Tarife MGPV/16	Novum MGPV/16N	2 MP Alle Tarife MGPB/1	Novum MGPB/1N	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ _____
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ _____
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ _____
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	€ _____
Gesamtmonatsprämie (inkl. Vers. Steuer):						€ _____

Allgemeines

Bei welcher anderen Versicherungsanstalt besteht oder bestand eine Krankenversicherung bzw. haben Sie eine beantragt?

Anstalt _____ Polizzennummer _____ Tarif _____ von _____ bis _____

Besondere Vereinbarungen / Aktion _____

Zahlungsart

SEPA-Lastschriftmandat (Einzugsermächtigung) Erlagschein Dauerauftrag

IBAN: _____ BIC: _____

Kontoinhaber (nur wenn abweichend von P1): _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Gesundheitsfragen zur Gesundheitsvorsorge

Der Gesundheitszustand ist für die Gestaltung des Versicherungsschutzes von entscheidender Bedeutung. Wir ersuchen daher, die nachstehenden Fragen für alle zu versichernden Personen genau und vollständig zu beantworten. Zutreffendes bitte ankreuzen, bei Beantwortung mit „JA“ machen Sie bitte die jeweils zutreffenden Detailangaben im entsprechenden Feld!

Gesundheitsfragen für zu versichernde Kinder bis zum 1. Lebensjahr

- Ist eine Frühgeburt vorgelegen (wenn ja – ausführlicher Arztbrief und letzter Kontrollbefund ist beizulegen)?

P 1	P 2	P 3	P 4
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Bestehen sonstige behandelte oder unbehandelte Erkrankungen, Anomalien oder Beschwerden? Wenn ja, welche? Ausgeheilt?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---

	P 1	P 2	P 3	P 4
Körpergröße (cm)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Gewicht (kg)	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

	P 1	P 2	P 3	P 4
Dioptrien links	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Dioptrien rechts	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Angaben auch bei Null Dioptrien!

1. Bestehen behandelte oder unbehandelte Krankheiten, Verletzungen, Beschwerden, Gebrechen, sonstige Anomalien? Wenn ja, welche? Ausgeheilt?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
2. Sind Behandlungen (auch Operationen, Untersuchungen etc.) geplant? Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
3. Werden laufend Medikamente, Tabak, Alkohol, Drogen oder Suchtgifte genommen? Welche und wie viel?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Voraussichtlicher Geburtstermin lt. Mutter-Kind-Pass:

TT	MM	JJ
----	----	----

 Wie viele Geburten (Angabe von Risikogeburten, Fehlgeburten) gingen voraus?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
5. Bestanden in den letzten 5 Jahren ambulant behandelte oder unbehandelte Krankheiten, Verletzungen, Beschwerden oder sonstige Anomalien? Wenn ja, welche? Ausgeheilt?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
6. Hat in den letzten 10 Jahren ein stationärer Krankenhaus-, Sanatoriums-, Klinik-, Heilstätten- oder Kuraufenthalt, eine Operation, eine Tiefenbestrahlung (Röntgen, Radium, Isotopen etc.), eine Chemotherapie stattgefunden? Wenn ja, welche? Ausgeheilt?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
7. Haben Sie Verletzungen, Unfälle oder Vergiftungen erlitten? Besteht eine dauernde Invalidität? Wenn ja, _____% Bestehen noch Unfallfolgen, wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Bestanden jemals schwerwiegende Krankheiten, Verletzungen oder sonstige Anomalien wie z. B. Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und des Kreislaufsystems, des venösen und arteriellen Gefäßsystems, der Verdauungsorgane, des zentralen und peripheren Nervensystems, geistig/seelische Störungen, der Knochen/Gelenke/Muskeln und Sehnen, der Harn- und Geschlechtsorgane, des Blutes, der Drüsen, des Stoffwechsels, der Haut, der Ohren, der Augen, gut- und bösartige Tumore, Infektionskrankheiten und Allergien, Unfruchtbarkeit, Missbildungen, ein positiver HIV Befund? Wenn ja, welche? Ausgeheilt?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
9. Haben Sie jemals ein Pflegegeld bzw. eine Pflegerente bezogen? Wenn ja, wann und warum?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
10. Betreiben Sie hauptberuflich Sport bzw. nehmen Sie an Landes-, Bundes- oder Internationalen Wettbewerben teil und erhalten ein Entgelt? Wenn ja, welche Sportart?

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---	---	---
11. Name des Hausarztes bzw. behandelnden Arztes oder Psychotherapeuten.

Name und Anschrift

Die Schlussklärung des Antrages und die Information zur privaten Krankenversicherung sowie die tariflichen Leistungsbeschreibungen mit der Darstellung der Prämienhöhung der letzten 5 Jahre wurden mir zur Kenntnis gebracht und ausgehändigt.

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler

Unterschrift aller mitzuversichernden erwachsenen Personen

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

Zutreffendes bitte ankreuzen

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.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

Datenschutzerklärung

Allgemeine Hinweise zur Datenverwendung

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen die Kenntnisnahme der umseitigen **Datenschutzbestimmungen** und dass die Daten für die darin dargestellten Zwecke ermittelt und automationsunterstützt verwendet werden.

1. Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen willigen im Sinne des Datenschutzgesetzes und des Telekommunikationsgesetzes ausdrücklich ein, dass bekannt gegebene Daten (auch die E-Mail-Adresse; nicht jedoch sensible Daten) von der Merkur Versicherung AG und den 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 per E-Mail an merkur@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen dieser Nutzung der Daten zu.

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 per E-Mail an merkur@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen dieser Verwendung der Gesundheitsdaten ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift der mitzuversichernden
Personen ggf. als gesetzliche/r Vertreter

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

1. Datenschutzbestimmungen

1.1. Verwendung personenbezogener Daten (Hinweis gemäß § 24 DSGVO)

Die Ermittlung und die Verwendung der von Ihnen bekannt gegebenen Daten erfolgt zu Zwecken der Verwaltung und Kundenbetreuung automationsunterstützt. Dazu zählt die Prüfung und Polizzierung Ihres Antrages, die allgemeine Verwaltung Ihres Vertrages sowie die Bearbeitung im Versicherungsfall (zur Feststellung des Schadens und des Leistungsanspruchs). Bei Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten werden die Daten entsprechend den in der Zustimmungserklärung angeführten Zwecken ermittelt und verwendet.

Soweit es für die genannten Zwecke erforderlich ist, werden ermittelte und verarbeitete Daten auch übermittelt, z.B. an Ärzte, Banken, Reparaturdienstleister, andere Versicherer, Vermittler, Behörden, Sachverständige sowie bei Zustimmung auch an die österreichischen Konzernunternehmen Merkur Lifestyle GmbH und Metis Invest GmbH.

Sensible Daten werden jedoch nur mit gesonderter, ausdrücklicher Zustimmung übermittelt!

1.2. Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten

Im Falle der Einwilligung, stimmen der Antragsteller und die zu versichernden Personen im Sinne des Datenschutzgesetzes und des Telekommunikationsgesetzes zu, dass Vertragsdaten (Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme) und von ihnen bekannt gegebene personenbezogene Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail, Telefonnummer) genutzt werden können, um per Werbepost, per E-Mail oder telefonisch, über Versicherungsprodukte und Marketingaktionen der Merkur bzw. über Gesundheits- und Finanzdienstleistungen unserer österreichischen Konzernunternehmen Merkur Lifestyle GmbH und Metis Invest GmbH informiert und diesbezüglich auch entsprechend beraten und betreut werden zu können. Ebenso wird zugestimmt, dass die Daten zum Zweck der Marktforschung (ausschließlich anonymisiert für statistische Zwecke und nur für die Merkur Versicherung AG) und zur Meinungsforschung genutzt werden können, wobei erhaltene Antworten bei Umfragen nicht an Dritte weitergegeben oder veröffentlicht werden und nicht zusammen mit E-Mail-Adressen oder sonstigen personenbezogenen Daten gespeichert werden.

Diese Zustimmung kann jederzeit per E-Mail an merkur@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22, 8010 Graz widerrufen werden. Ebenso können Sie einen Widerruf im Merkur Kundenportal unter den Benutzereinstellungen durchführen (www.portal.merkur.at).

1.3. Personenbezogene Gesundheitsdaten

1.3.1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Mitteilungsobliegenheit des VN hinsichtlich erteilter und widerrufenen Vertretungsvollmachten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen verpflichten sich, den Versicherer zu informieren, wenn ein Dritter mit der Vertretung gegenüber dem Versicherer bevollmächtigt wird. Diesfalls ist auch der Umfang der Vollmacht bekanntzugeben. Weiters ist der Versicherer auch über den Widerruf einer erteilten Vollmacht umgehend zu informieren.

1.3.2. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

• bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, 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.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Ebenso darf der Vermittler des Versicherungsvertrages über diese Gesundheitsinformationen, sofern diese für den Vertragsabschluss relevant sind, Einsicht erlangen.

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt.

• im Versicherungsfall

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten die Person des Antragstellers / die zu versichernden Personen betreffend, welche der Merkur Versicherung AG evident sind, ermitteln darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentlassung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/ Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Falle einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernden Personen 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (firmenintern versicherungsspartenübergreifend sowie firmenextern im Falle der Doppelversicherung) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen entbinden die bei Vertragsschluss und im Versicherungsfall Befragten Personen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 1.3.3.

Die Merkur Versicherung AG behält sich im Falle eines Fremdverschuldens vor, Regressansprüche gegenüber dem Schädiger bzw. seiner Haftpflichtversicherung geltend zu machen. Zu diesem Zweck stimmen der Antragsteller und die zu versichernden Personen der Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Schädiger, die gegnerische Versicherung sowie dem zuständigen Gericht zu.

1.3.3. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln:

- Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers: Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zur der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
- Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:
 - a. Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
 - b. Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
 - c. Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung können der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.

2. Informationen zur privaten Krankenversicherung gemäß §§ 252 und 255 VAG

2.1. Information zum Unternehmen

Versicherer ist die Merkur Versicherung AG, 8010 Graz, Joanneumring 22, registriert beim Landesgericht Graz als Firmenbuchgericht unter FN 38045 z, www.merkur.at

2.2. Anwendbares Recht / Vertragsgrundlagen

Die beantragte Versicherung unterliegt österreichischem Recht ohne die Verweisungsnormen des österreichischen internationalen Privatrechts. Vertragsgrundlagen sind der Antrag, Erklärungen zum Datenschutz, die Polize samt sonstiger Anlagen, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif und die dem Tarif zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

2.3. Bezeichnung und Anschrift der Aufsichtsbehörde

Der Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

2.4. Produktbeschreibung

Ihre Versicherung ist ein Produkt der privaten Krankenversicherung. Die Informationen über das zu versichernde Risiko bzw. die damit im Zusammenhang stehenden Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Versicherungsantrag beiliegenden Unterlagen.

Vertragsspitaler in der Krankenhauskostenversicherung

Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitalsliste unserer Homepage www.merkur.at. Sollte eine Änderung der Vertragsspitalsliste nach Vertragsabschluss erforderlich sein, werden Sie gesondert informiert. Die Leistungen für Nicht-Vertragsspitaler entnehmen Sie bitte der jeweils aktuellen Leistungsübersicht für den von Ihnen gewählten Tarif. Sie erhalten beide Unterlagen gemeinsam mit dem Versicherungsvertrag, sollten Sie diese Unterlagen vorher wünschen, senden wir sie Ihnen gerne zu.

Wartezeiten nach Versicherungsbeginn

Für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit im Zusammenhang stehenden medizinisch notwendige Heilbehandlungen und für Fehlgeburten besteht mangels anderer Vereinbarung Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von 9 Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft.

Bei Zahnkostentarifen besteht erst nach einer Wartezeit von 3 Monaten für Zahnbehandlung bzw. 6 Monaten für Zahnersatz und Zahnregulierung Versicherungsschutz.

Leistungsausschlüsse

In Gesetzen sowie den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sind Einschränkungen und Ausschlüsse vom Versicherungsschutz formuliert, wie beispielsweise für:

- Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
- Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungmaßnahmen und Entziehungskuren.
- In Krankenanstalten und Abteilungen für Geriatrie.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Aufzählung nur demonstrativ und daher nicht abschließend ist.

2.5. Laufzeit – Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsvertrag endet jedoch in nachstehenden Fällen:

2.5.1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer verzichtet für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht, das heißt, dass die Versicherung erstmals zum Ende des 3. Versicherungsjahres mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten gekündigt werden kann. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.

2.5.2. Kündigung durch den Versicherer

2.5.2.1. Prämienzahlungsverzuges des Versicherungsnehmers

Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, so kann der Versicherer so lange die erste Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt der Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird. Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von 2 Wochen zu bezahlen. Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist, die Zahlung nachholt.

2.5.2.2. Krankengeldversicherung

In der Krankengeldversicherung hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich einzelner versicherter Personen mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zu kündigen.

2.5.2.3. Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

2.5.2.3.1. Obliegenheiten vor Abschluss des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben vor Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht, kann der Versicherer von Beginn des laufenden Versicherungsjahres eine entsprechend höhere Prämie verlangen.

Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 1 Monat kündigen, wenn die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen wird.

2.5.2.3.2. Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages

Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten. Wird diese Informationspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen.

Darüber hinaus kann der Versicherer den Versicherungsvertrag in nachfolgenden Fällen kündigen:

- Wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
- Bei Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers ins Ausland.
Die Versicherten, die ihren Wohnsitz nicht ins Ausland verlegen haben das Recht den Versicherungsvertrag fortzusetzen.
- Erschleichung der Versicherungsleistung sowie deren Versuch bzw. Mitwirkung.

Bei Tod des Versicherungsnehmers haben die Versicherten das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

Bei der Gruppenversicherung zusätzlich:

Der Gruppenversicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, wenn er nicht von der Gruppenspitze oder vom Versicherer fristgerecht unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist zum jeweiligen Ablauf gekündigt wird und endet weiters durch eine fristgerechte Kündigung der Gruppenspitze oder des Versicherers wegen

Ausgleich, Konkurs oder Liquidation.

Das Versicherungsverhältnis endet außerdem in nachstehenden Fällen:

ad. 5.1 Kündigung durch Versicherungsnehmer:

Das Versicherungsverhältnis kann hinsichtlich einzelner versicherter Personen durch den Versicherungsnehmer zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ende des 3. Versicherungsjahres, mit einer Frist von 3 Monaten gekündigt werden. Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner versicherter Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen versicherten Personen zum gleichen Termin zu kündigen.

ad. 5.2 Kündigung durch den Versicherer:

Der Versicherer ist berechtigt, den Gruppenversicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer die Prämie gesammelt bezahlt und nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist. In allen anderen Fällen ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Prämienschuldner laut dem jeweiligen Versicherungsvertrag nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist, die Zahlung nachholt.

ad. 5.2.3.2 Verletzung von Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages:

- Ausscheiden des Versicherungsnehmers aus dem im Gruppenversicherungsvertrag zu versichernden Personenkreis.

2.6. Informationen zur Prämie

Die vorgeschriebene Prämie beinhaltet bereits die Versicherungssteuer, die wir an das Bundesministerium für Finanzen abführen. Die Prämie richtet sich nach dem Tarif und dem Alter des (der) Versicherten. Bei erhöhtem Risiko können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden. Die Prämien sind Monatsprämien, die im Vorhinein und für uns kostenfrei zu bezahlen sind.

2.7. Gewinnbeteiligung

Die Tarife der MI-Tarifserie unterliegen keiner Gewinnbeteiligung.

2.8. Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes (gem. § 178f VersVG)

Der Versicherer ist berechtigt bei Veränderung nachstehender Faktoren eine Änderung der Prämien oder des Versicherungsschutzes vorzunehmen:

- eines vereinbarten Index,
- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwändigkeiten, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bei der Gruppenversicherung zusätzlich:

- das Durchschnittsalter einer versicherten Gruppe.

Wird die Versicherungsprämie aufgrund einer Veränderung der oben angeführten Faktoren erhöht, so kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass ihm der Versicherer ein Angebot für die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geändertem Leistungsumfang unterbreitet.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden.

Umstellung der Kinderprämie auf die Erwachsenenprämie

Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie (Kinderprämie) ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird (Erwachsenenprämie), den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

2.9. Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung

Eine Kündigung ist mit folgenden nachteiligen Konsequenzen verbunden:

Sollte in der Zukunft ein Neuabschluss gewünscht werden, ist einerseits eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich und wird andererseits die Prämie nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet.

Im Fall einer Kündigung wird kein Rückkaufwert ausbezahlt und es besteht somit auch kein Anspruch auf die anteilmäßige Alterungsrückstellung.

Bei der Gruppenversicherung zusätzlich:

Bei Ausscheiden aus der Gruppenversicherung oder bei Beendigung des gesamten Gruppenvertrages hat der Versicherte für sich und seine mitversicherten Angehörigen das Recht, innerhalb eines Monats die Fortsetzung der Versicherung als Einzelversicherung nach den für die Einzelversicherung geltenden Tarifen und Versicherungsbedingungen zu verlangen, sofern die Versicherten bei Eintritt in die Gruppenversicherung versicherbar waren. Allfällige für die Dauer der Zugehörigkeit zur Gruppe nicht angewandte besondere Bedingungen wie z. B. Prämienzuschlag oder eine verlängerte Wartezeit gelten für die Einzelversicherung vereinbart. Für die Berechnung der Prämie wird die Versicherungszeit in der Gruppenversicherung angerechnet. Das Recht auf Fortsetzung als Einzelversicherung steht dem Versicherten dann zu, wenn diese für alle bisher mitversicherten Familienangehörigen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers beantragt wird.

2.10. Abgabenrechtliche Vorschriften

Die Prämien der Krankenversicherung unterliegen einer 1%igen Versicherungssteuer (§ 6 Abs.1 VersStG). Prämien für Krankenversicherungen können bei Vorliegen der Voraussetzungen als Sonderausgaben (nach derzeitigem Informationsstand: für vor 1.1.2016 geschlossene Versicherungsverträge begrenzt mit 5 Jahren, nach dem 1.1.2016 abgeschlossene Versicherungsverträge können nicht mehr abgesetzt werden) begrenzt durch den Sonderausgabenrahmen gemäß § 18 EStG abgesetzt werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Selbständige außerdem die Möglichkeit Werbungskosten geltend zu machen.

Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung ist von Ihren persönlichen Verhältnissen abhängig und kann künftigen Änderungen unterworfen sein. Offene abgabenrechtliche Fragen richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.

Dienstgeber können auch bis zu € 300,- als steuerfreie Zukunftssicherung für Ihre Mitarbeiter geltend machen, die in eine Lebens-, Unfall- und/oder Krankenversicherung investiert werden kann.

3. Schlusserklärung für die Gesundheitsvorsorge

(inkl. Informationen gemäß § 252 und § 255 Versicherungsaufsichtsgesetz)

3.1. Hinweis zu § 1a VersVG

In Anwendung des § 1a VersVG ist der Antragsteller 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

Der Versicherungsschutz entsteht erst mit Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung des Versicherers. Der Antragsteller nimmt daher ausdrücklich zum Kenntnis, dass vor diesem Zeitpunkt eine vorläufige Deckungspflicht des Versicherers nicht besteht; dies gilt auch, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Die Antragstellung ist nur schriftlich möglich. Der Antragsteller sowie die unterzeichnenden Personen bestätigen ausdrücklich, dass die Antragstellung nur im Rahmen dieses schriftlichen Antrages erfolgt und mit dem Vermittler (Außendienstmitarbeiter) keine sonstigen Abreden und Vereinbarungen, insbesondere keine mündlicher Art, getroffen wurden. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, mündliche Erklärungen oder Deckungszusagen für den Versicherer abzugeben; diese sind nur dann wirksam, wenn sie im Antrag schriftlich festgehalten sind bzw. auch auf der Police bestätigt werden. Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Personen sowie Kenntnisse und Wahrnehmungen des Vermittlungsagenten sind der Kenntnis des Versicherers nicht gleichzusetzen. Der Vermittler ist weiters nicht berechtigt, über die Bedeutung oder Erheblichkeit der im Antrag enthaltenen Fragen und hiebei insbesondere die Gesundheitsfragen verbindliche Erklärungen für den Versicherer abzugeben.

Der Antragsteller und Versicherungsnehmer bestätigt, die im Antrag gestellten Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und verbürgt sich für die Richtigkeit der Angaben, auch wenn sie nicht von eigener Hand geschrieben sind. Ebenso verpflichten sich der Antragsteller sowie alle unterzeichnenden Personen, alle etwaige Änderungen im Gesundheitszustand der zu versichernden Personen, die in der Zeit zwischen dem heutigen Tag und der Übermittlung der Police eintreten, umgehend schriftlich anzuzeigen. Wissen und Verhalten der zu versichernden Person stehen dem des Antragstellers (Versicherungsnehmers) gleich. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Bei schuldhafter Verletzung dieser Obliegenheit kann der Versicherer unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

3.2. Hinweis zu § 1d VersVG

Nach den gesetzlichen Bestimmungen des Bundesbehindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes können Sie von uns die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung oder Vereinbarung eines Prämienzuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist verlangen, sofern Sie uns einen Nachweis für das Vorliegen einer Behinderung erbringen (z. B. Behindertenpass nach § 40 BBG).

3.3. Beschwerderecht

Der Versicherungsnehmer, die versicherte Person sowie der Begünstigte dieses Vertrages haben die Möglichkeit der Einreichung einer Beschwerde beim Beschwerdemanagement der Merkur Versicherung AG unter meinanliegen@merkur.at. Diese Beschwerde kann auch postalisch an die Merkur Versicherung AG, Beschwerdemanagement, A-8010 Graz, Joanneumring 22, gesandt werden. Eine Beschwerde im Sinne des Beschwerdemanagements der Merkur Versicherung AG ist eine Äußerung aufgrund erheblicher Unzufriedenheit im Hinblick auf den Versicherungsvertrag, die erbrachte Leistung, die Dauer der Bearbeitung als auch auf das Verhalten eines Mitarbeiters. Beschwerden an das Beschwerdemanagement der Merkur Versicherung AG werden innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Einlagen bearbeitet. Sollte diese Frist wider erwarten nicht eingehalten werden können, wird der Beschwerdeführer umgehend darüber informiert.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit einer Beschwerde an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, Homepage: www.vvo.at; bzw. ist es möglich den ordentlichen Rechtsweg zu beschreiten.

3.4. Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

3.5. Allgemeine Bestimmungen

Vom Antragsteller sind eventuell Nebengebühren (wie zum Beispiel Mahngebühren, Vinkulierungsgebühren, Verzichtsgebühr, Erlagscheingebühr) nach Vorschreibung zu entrichten. Dieser Versicherungsvertrag unterliegt österreichischem Recht.

Der Antragsteller und Versicherungsnehmer bestätigt, dass er eine Durchschrift seiner Vertragserklärung (Antragsformular) erhalten hat und die Bestimmungen über vorgesehene Änderungen der Prämie entsprechend den einschlägigen Bestimmungen des VersVG ausgefolgt worden sind. Die den einzelnen Tarifen zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen sind Bestandteil des Vertrages.

Ein Krankenversicherungsvertrag wird auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers abgeschlossen. Davon ausgenommen sind kurzfristige Verträge, die auf weniger als ein Jahr befristet sind. Die Prämien sind für die Laufzeit des Vertrages in der gewählten Zahlungsweise zu bezahlen.

3.6. Ermächtigung zum SEPA-Lastschriftinzug

Ich/Wir ermächtige/n die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft, Zahlungen von

2.11. Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Informationen zur Solvabilität und Finanzlage unseres Unternehmens finden Sie auf der Homepage der Merkur Versicherung AG www.merkur.at/solvency oder sind auf Anfrage erhältlich.

meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Merkur Versicherung AG auf mein/unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich/wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Vor dem Versand einer Lastschrift muss diese dem Zahlungspflichtigen angekündigt werden (Pre-Notification). Der Zahlungspflichtige stimmt zu, dass die 14-tägige Frist für diese Vorabinformation auf einen Tag vor Belastung des Kontos verkürzt wird.

3.7. Rücktrittsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können unter folgenden Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten:

Rücktrittsrecht nach § 3 KSchG

Sie sind als Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, berechtigt – sofern der Antrag außerhalb der von uns dauernd benützten Räume unterfertigt wurde – vom Antrag bzw. Vertrag zurückzutreten. Der Rücktritt ist an keine bestimmte Form gebunden und kann bis zum Zeitpunkt des Zustandekommens des Vertrages bzw. darüber hinaus innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt der Police erfolgen. Spätestens ein Monat nach Vertragsabschluss endet die Rücktrittsfrist. Das Absenden der Rücktrittserklärung innerhalb der Frist ist fristwährend.

Rücktrittsrecht nach § 3a KSchG

Sie sind als Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, berechtigt, vom Antrag bzw. Vertrag zurückzutreten, sofern die für ihre Einwilligung maßgeblichen Umstände, deren Eintritt als wahrscheinlich dargestellt wurde, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Maßgebliche Umstände sind insbesondere die Aussicht auf steuerliche Vorteile oder die Aussicht auf einen Kredit. Der Rücktritt ist an keine bestimmte Form gebunden. Die Frist für den Rücktritt beträgt eine Woche und beginnt zu laufen, sobald Ihnen erkennbar ist, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten und Sie eine schriftliche Belehrung über dieses Rücktrittsrecht erhalten haben. Dieses Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zustandekommen des Vertrages. Die Absendung der Rücktrittserklärung innerhalb der Rücktrittsfrist ist fristwährend. Dieses Rücktrittsrecht steht Ihnen nicht zu, wenn Sie wussten oder wissen mussten, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten oder wenn der Ausschluss dieses Rücktrittsrechtes mit Ihnen individuell vereinbart oder wir uns zu einer angemessenen Anpassung des Vertrages bereit erklärt haben.

Rücktrittsrecht nach § 5b VersVG bei Verträgen ab 6 Monaten Laufzeit

Sollten Sie Ihre Vertragserklärung persönlich gegenüber dem Versicherer oder dessen Beauftragten abgegeben haben und davon nicht unverzüglich eine Kopie erhalten haben, so steht Ihnen das Recht zu, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Gleiches gilt, wenn Sie nicht vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Versicherungsbedingungen und Bestimmungen über die Prämienfestsetzung bzw. –änderung oder die Mitteilungen des Versicherers gem. §§ 252ff VAG 2016 (sowie des Versicherungsvermittlers gem. § 137f Abs. 7-8 i.V.m. § 137 g und i.V.m. § 137h GewO 1994) erhalten haben. Den Rücktritt können Sie in geschriebener Form, innerhalb von zwei Wochen erklären, nachdem Ihnen die Antragskopie, die Police samt Versicherungsbedingungen sowie die Belehrung über Ihr Rücktrittsrecht zugegangen sind. Spätestens endet die Rücktrittsfrist jedoch innerhalb eines Monats ab Zugang der Police samt der Rücktrittsbelehrung. Das Absenden der Rücktrittserklärung innerhalb der Frist ist fristwährend. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

Rücktrittsrecht nach § 5c VersVG bei Verträgen ab 6 Monaten Laufzeit

Sollten Sie Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes sein, so können Sie ohne Angabe von Gründen vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Die Rücktrittsfrist beträgt 14 Tage ab Erhalt der Police samt den Versicherungsbedingungen und Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder –änderung, Mitteilungen des Versicherers gem. §§ 252ff VAG 2016 (sowie des Versicherungsvermittlers gem. § 137f Abs. 7-8 § 137g i.V.m. § 137 h GewO 1994) sowie der Belehrung über Ihr Rücktrittsrecht. Die Rücktrittsfrist endet spätestens einen Monat ab Zugang der Police bzw. rechtmäßiger Rücktrittsbelehrung. Das Absenden der Rücktrittserklärung innerhalb der Frist ist fristwährend. Die Rücktrittserklärung hat in geschriebener Form zu erfolgen. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

Rücktrittsrecht nach § 8 FernFinG

Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (d.h. z.B. über Internet, E-Mail,...) abgeschlossen, sind sie als Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb des Unternehmens gehört, berechtigt, vom Antrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Die 14-tägige Rücktrittsfrist beginnt mit Erhalt der Vertragsunterlagen. Der Rücktritt ist schriftlich an die Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22, 8010 Graz oder an eine unserer Landesdirektionen/Geschäftsstellen zu richten bzw. kann auf einem anderen, uns zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt werden. Das Absenden der Rücktrittserklärung innerhalb der Frist ist fristwährend.

Gesundheitsvorsorge (vorläufige Deckung)

Die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft gewährt vorläufige Deckung im Rahmen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen für die beantragte Gesundheitsvorsorge Versicherung für stationäre Heilbehandlung infolge von Unfällen in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines Krankenhauses. Ausgenommen davon sind Behandlungen von Folgen von Unfällen, die die versicherte(n) Person(en) bereits vor Beginn des Sofortschutzes erlitten hat/haben.

Die vorläufige Deckung beginnt mit dem Einlangen des Antrags in der zuständigen Landesdirektion der Merkur Versicherung AG, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn unter der Voraussetzung, dass die zu versichernde(n) Person(en) gesund und voll arbeitsfähig und nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle ist (sind).

Die vorläufige Deckung endet mit Zustellung der Police oder einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, spätestens aber nach Ablauf von 3 Wochen.