



Ihre Gesundheit in
allerbesten Händen.



WIR VERSICHERN DAS WUNDER MENSCH

**Antrag für
Gesundheitsvorsorge
gültig ab 1. November 2009**

Eingangsstempel LD	Eingangsstempel GD
--------------------	--------------------

Vermittler/in-Nr.	Name	Vermittler/in-Nr.	Name	Vermittler/in-Nr.	Name:		
P 1	Kunden-Nummer	Antragsteller/in, Familienname		Vorname	Titel		
Geburtsdatum Tag Monat Jahr		Geschlecht <input type="checkbox"/> m. <input type="checkbox"/> w.		Fam. Stand	Telefon.Nr.:		
Sozialversicherung		SV-Nr.	Beruf, Art der Beschäftigung			beschäftigt bei <input type="checkbox"/> selbst. <input type="checkbox"/> unselbst.	
IKZ	Postleitzahl	Wohnanschrift, Ort		Straße		Haus-, Ort-Nummer	
P	Zu versichernde Person (Familienname, Vorname, Titel) Kunden-Nr.			Verwandsch. Verhältnis	Geburtsdatum Tag Monat Jahr		
2							
3							
4							
5							

Gesundheitsvorsorge	
<input type="checkbox"/> Aktentrennung/Aktenzusammenlegung	Pol.-Nr.
Dieser Vertrag bietet eine langfristige Gesundheitsvorsorge. Der/die Antragsteller/in verzichtet daher für die Dauer von 2 Jahren ab Versicherungsbeginn auf die Ausübung seines Kündigungsrechtes.	
Vers.-Beginn 0 1 2 0	

Vers. Person	Mit Merkur GesundheitsPlus					Ohne Merkur GesundheitsPlus					
	Privatklasse Stationär	Privatklasse Einbettzimmer	Merkur GesundheitsPlus			Privatklasse Stationär	Privatklasse Einbettzimmer	Privatklasse Ambulant	Privatklasse Pflege	Privatklasse Taggeld bzw. andere Tarife	Gesamtmonatsprämie
			50% MGPE/1	50%+2MP MGPV/5	2 MP MGPB/1						
P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						€
P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						€
P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						€
P4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						€
P5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						€
Gesamtprämie (inkl. Vers.-Steuer):										€	

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

Kampagne:	Für Tarif(e):
Besondere Vereinbarungen:	

Zahlungsart:	
<input type="checkbox"/> Erlagschein	
<input type="checkbox"/> Dauerauftrag	
<input type="checkbox"/> Einzugsermächtigung (siehe Schlusserklärung)	
Geldinstitut:	BLZ:
Kontonummer:	Kontoinhaber:
GK- Name:	GK-Konto:
Personalnummer:	

Allgemeine AntragsfragenKontaktaufnahme durch Kunden: ja nein

Sind die zu versichernden Personen besonderen Gefahren (im Sport z.B. Flug-, Kletter-, Tauchrisiken usw., im Beruf, Reisen nach außereuropäischen Ländern) ausgesetzt oder werden solche Tätigkeiten geplant?

 nein ja, welche? P

welche Sportarten? P

Gesundheitsfragen für zu versichernde Kinder bis zum 1. Lebensjahr

Ist eine Frühgeburt vorgelegen (wenn ja – letzter Kontrollbefund des behandelnden Krankenhauses erforderlich)?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

Bestehen sonstige behandelte oder unbehandelte Erkrankungen, Anomalien oder Beschwerden? Wenn ja, welche? Ausgeheilt?

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

Erklärungen zum Gesundheitszustand

Die Kenntnis des Gesundheitszustandes 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. Bedenken Sie, dass unwesentlich Scheinendes wichtig sein kann. Bei Beantwortung mit „JA“ machen Sie bitte die jeweils zutreffenden Detailangaben – wie Bezeichnung der Person, Krankheiten, Diagnosen, Operationen, Ärzte, Krankenanstalten, Behandlungszeitraum, Eintritt der Beschwerdefreiheit, Medikamente, voraussichtlicher Entbindungstermin, Invaliditätsgrad, Dioptrienangaben – in den entsprechenden Feldern!

Fragen zum aktuellen Gesundheitszustand

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

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

Körpergröße (cm)

Gewicht (kg)

Dioptrien links

Dioptrien rechts

2. Sind Behandlungen (auch Operationen, Untersuchungen etc.) geplant? Wenn ja, welche?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

3. Werden laufend Medikamente, Tabak, Alkohol, Drogen oder Suchtgifte genommen? Welche und wieviel?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

4. Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

Voraussichtlicher Geburtstermin lt. Mutter-Kind-Pass:

Tag Monat Jahr

Wieviele Geburten (Angabe von Risikogeburten, Fehlgeburten) gingen voraus? **Fragen zum bisherigen Gesundheitszustand**

5. Bestanden in den letzten 5 Jahren ambulant behandelte oder unbehandelte Krankheiten, Verletzungen, Beschwerden oder sonstige Anomalien? Wenn ja, welche? Ausgeheilt?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

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?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

7. Haben Sie Verletzungen, Unfälle oder Vergiftungen erlitten?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

Besteht eine dauernde Invalidität? Wenn ja, _____%

Bestehen noch Unfallfolgen, wenn ja - Welche?

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

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 HIV-positiver Befund? Wenn ja, welche? Ausgeheilt?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

9. Haben Sie jemals ein Pflegegeld bzw. eine Pflegerente bezogen? Wenn ja, wann und warum?

P 1 P 2 P 3 P 4 P 5

nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja

10. Welche Ärzte, Psychotherapeuten werden in Anspruch genommen (Name, Anschrift des Hausarztes):

Die umseitige Schlusserklärung des Antrages enthält wichtige rechtliche Bestimmungen. Ich habe sie gelesen und bestätige mit meiner Unterschrift, dass diese Bestimmungen Vertragsbestandteil werden.

Ort, Datum

Unterschrift Vermittler/in

Unterschrift aller mitzuversichernden
erwachsenen PersonenUnterschrift Antragsteller/in (Vers.-Nehmer/in)
ggf. als gesetzliche/r Vertreter/in

Schlussklärung für die Gesundheitsvorsorge

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form ausgeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

In Anwendung des § 1aVersVG 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 zur Kenntnis, dass vor diesem Zeitpunkt eine vorläufige Deckungspflicht des Versicherers nicht besteht; dies gilt auch, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

Die Antragstellung sowie sämtliche Anzeigen und Erklärungen sind 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 verpflichtet 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 Zustellung (Übernahme) 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 Pflicht kann der Versicherer unter bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Zustimmung zur Ermittlung, Übermittlung und sonstigen Verwendung von Daten

- Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen wird, alle unerlässlichen Auskünfte von praktischen- und Fachärzten sowie sonstigen vom Antragsteller bzw. der versicherten Person in Anspruch genommenen Einrichtungen der Krankenversorgung und Gesundheitsvorsorge einholen darf.
- Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall
 - über frühere, bestehende und bis zum Ende des Versicherungsschutzes eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen bei Ärzten, Krankenanstalten und sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht; sie entbinden die Befragten im voraus für jeden Fall von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflicht;
 - über beantragte bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern und privaten Versicherungsunternehmen alle unerlässlichen Erkundigungen einzieht;

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ausdrücklich zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, sowie zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

- Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse) im Rahmen des „Zentralen Informationssystem – ZIS“ des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 (Informationsverbundsystem iSd § 4 Z 13 Datenschutzgesetz 2000) an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Das Zentrale Informationssystem – ZIS ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung des Versicherungsmisbrauchs und Versicherungsbetruges.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen ferner zu, dass der Versicherer Personenidentifikations- und Vertragsdaten (z.B. Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme; keinesfalls sensible Daten) zu ihrer Betreuung und Beratung auch hinsichtlich anderer Finanzdienstleistungsprodukte verwendet oder durch Konzern- und Partnerunternehmen verwenden lässt und dass ihnen, auch telefonisch, per Fax, E-Mail usw. Vorschläge für Vertragsanpassungen und andere Produkte unterbreitet werden.

ja nein

Die aktuellen Konzern- und Partnerunternehmen sind im Internet auf unserer homepage (www.merkur.at) zu finden oder können über die Servicehotline (0800/20 60 80) erfragt werden.

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.

Generaldirektion | A-8010 Graz, Joanneumring 22 | Tel. (+43) 0316/8034-0, Fax (+43) 0316/8034-2534 | E-mail: merkur@merkur.at | www.merkur.at | Servicetelefon: 0800/206080
Landesdirektionen: **1040 Wien**, Wiedner Hauptstraße 23 - 25, 01/5055744 | **3100 St. Pölten**, Peppertstraße 33, 02742/368642 | **4020 Linz**, Volksgartenstraße 17, 0732/664466
5020 Salzburg, Auerspergstraße 15, 0662/871434 | **6020 Innsbruck**, Leopoldstraße 17, 0512/59840 | **6850 Dornbirn**, Mozartstraße 3, 05572/24505
8010 Graz, Conrad v. Hötzendorferstraße 86, 0316/8083-0 | **9020 Klagenfurt**, Lidmanskýgasse 17, 0463/511848
Merkur Versicherung Aktiengesellschaft | Firmenbuch FN 38045 z | LG Graz als Firmenbuchgericht | UID: ATU28646007 | St.Sp.k.: BLZ 20815 Kto. 0000-133280

Diese Zustimmungserklärungen und die Entbindung der Ärzte von der beruflichen Schweigepflicht können vom Antragsteller und den versicherten Personen gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG) bzw. des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) im Einzelfall widerrufen werden.

Vom Antragsteller sind eventuell Nebengebühren (wie z.B. Mahngebühren, Vinkulierungsgebühren, Verzichtsgebühr, Erlagscheingebühr) nach Vorschreibung zu entrichten.

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt österreichischem Recht. Den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden können an die Finanzmarktaufsicht (FMA) in 1020 Wien, Praterstraße 23, gerichtet werden.

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 gilt 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.

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige(n) ich (wir) die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Damit ist auch meine/unserere kontoführende Bank ermächtigt, die Lastschriften einzulösen, wobei für diese keine Verpflichtung zur Einlösung besteht, insbesondere dann, wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist. Ich/wir habe(n) das Recht, innerhalb von 56 Kalendertagen ab Abbuchungsauftrag ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung bei meiner/unserer Bank zu veranlassen.

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 – soferne der Antrag außerhalb der von uns dauernd benutzten Räume unterfertigt wurde – vom Vertrag oder vom Antrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages und danach binnen einer Woche erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Wirksamkeit der Schriftform. Haben Sie die geschäftliche Beziehung zum Zwecke der Schließung des Vertrages selbst angebahnt, steht Ihnen das Rücktrittsrecht nicht zu.

Rücktrittsrecht nach § 3a KSchG:

Sie können binnen einer Woche schriftlich vom Antrag oder vom Vertrag zurücktreten, wenn für Ihre Einwilligung maßgebliche Umstände, deren Eintritt als wahrscheinlich dargestellt wurde, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten. Maßgebliche Umstände sind insbesondere die Aussicht auf steuerrechtliche Vorteile oder die Aussicht auf einen Kredit. Die Frist 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. 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 wurde oder wir uns zu einer angemessenen Anpassung des Vertrages bereit erklären.

Rücktrittsrecht nach § 5b VersVG:

Sie können binnen 2 Wochen schriftlich vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie nicht eine Kopie des Antrages, die Versicherungsbedingungen oder die in den §§ 9a und 18b VAG und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form „Versicherungsagent“ erfolgte, die in den §§ 137f Abs 7 und 8 und §§ 137g GewO 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen, erhalten haben. Diese Rücktrittsfrist beginnt zu laufen, wenn diese Mitteilungspflichten erfüllt worden sind, und Sie die Police und die Versicherungsbedingungen einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang der Police einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.