

Eingangsstempel RD _____ 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. _____ Fam.-Stand _____ Telefon-Nr. _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

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/18	25 % Alle Tarife MGPE25/19	50 % + 2MP Alle Tarife MGPV/18	2MP Novum MGPV/18N	2MP Alle Tarife MGPB/1	2MP Novum MGPB/1N	
	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	€ _____
P 2 _____	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	€ _____
P 4 _____	<input type="checkbox"/>	<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 type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gewicht (kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	P 1	P 2	P 3	P 4
Dioptrien links	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dioptrien rechts	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input 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 Leistungsblätter mit der Darstellung der Prämienerrhöhung der letzten 5 Jahre wurden mir zur Kenntnis gebracht und ausgehändigt.

Datum	Unterschrift Vermittler	Unterschrift aller mitzuversichernden erwachsenen Personen	Unterschrift Antragsteller (Vers.-Nehmer) ggf. als gesetzliche/r Vertreter
-------	-------------------------	------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

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.

Geschriebene Form: Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Bloß mündlich oder schlüssig abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

P1 **P2** **P3** **P4**

Einwilligungserklärung

Allgemeine Hinweise zur Datenverarbeitung

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen die Kenntnisnahme der umseitigen **Datenschutzbestimmungen** und dass ihre angegebenen personenbezogenen Daten für die darin dargestellten Zwecke ermittelt und automationsunterstützt gem. Art 6 Abs. 1 lit b DSGVO verarbeitet werden.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

1. Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen willigen im Sinne des Datenschutzgesetzes bzw. der EU- Datenschutz-Grundverordnung und des Telekommunikationsgesetzes ausdrücklich ein, dass bekannt gegebene Daten (auch die E-Mail-Adresse; nicht jedoch besondere Kategorien personenbezogener Daten wie beispielsweise Gesundheitsdaten) von der Merkur Versicherung AG und ihren 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 ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

P1 **P2** **P3** **P4**

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 ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden.

P1 **P2** **P3** **P4**

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen, dass sie beim Erstkontakt die Information zum Datenschutz gem. Art. 13 f EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten haben.

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass sämtliche, diesen Versicherungsvertrag betreffende Korrespondenz, wie beispielsweise Polizze, Rückfragen zu diesem Antrag, Abrechnungsschreiben u.dgl., auch wenn diese besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) enthält, über den Versicherungsnehmer als Vertragspartner des Versicherungsunternehmens abgewickelt wird. Wenn ich als versicherte Person meine Einwilligung hierzu nicht erteile, hat dies zur Folge, dass ich einen eigenen Versicherungsvertrag abschließen muss.

Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass dadurch etwaige, mit der Verbindung der Verträge in Zusammenhang stehende Rabatte entfallen können und sich daraus eine andere Prämie ergeben kann.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich, per Post an Merkur Versicherung AG, A-8010 Graz, Joanneumring 22, oder per E-Mail an datenschutz@merkur.at widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Widerruf ausschließlich für die Zukunft gilt und die Trennung des gegenständlichen gemeinsamen Versicherungsvertrages in Einzelverträge zur Folge hat und es auch in diesem Fall zu Prämienveränderungen aufgrund des Entfalls von Rabatten kommen kann.

Datum

Unterschrift der mitzuversichernden
Personen ggf. als gesetzliche/r Vertreter

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

Rücktrittsrechte des Versicherungsnehmers

Sie können unter folgenden Voraussetzungen vom Vertrag zurücktreten:

Rücktrittsrecht nach § 5c VersVG

1. Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (zB: Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
2. Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.
3. Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22 in 8010 Graz oder merkur@merkur.at. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.
4. Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.
5. Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.

Rücktrittsrecht nach § 8 FernFinG

1. Sie sind als Verbraucher im Sinne des (§ 1 Abs. 1 Z 2) Konsumentenschutzgesetzes berechtigt, ohne Angabe von Gründen vom Vertrag zurückzutreten, sofern der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (zB: Internet, E-Mail udgl.) abgeschlossen wurde.
2. Die Rücktrittsfrist beträgt 14 Tage und beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses zu laufen.
3. Haben Sie die Bedingungen und die Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, beginnt die Frist erst mit Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen zu laufen.
4. Innerhalb der Rücktrittsfrist darf mit der Erfüllung des Vertrages erst nach Ihrer ausdrücklichen Zustimmung begonnen werden.
5. Der Rücktritt ist schriftlich an die Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22, 8010 Graz zu richten. Ferner haben Sie die Möglichkeit den Rücktritt auf einem anderen, uns zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger zu erklären. Das Absenden innerhalb der Rücktrittsfrist ist fristwährend.
6. Treten Sie vom Vertrag zurück, so kann der Versicherer von Ihnen die unverzügliche Zahlung des Entgelts für die vertragsgemäß tatsächlich bereits erbrachte Dienstleistung nach § 12 FernFinG verlangen.
7. Wird der Rücktritt nicht innerhalb der Rücktrittsfrist erklärt, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Übernahmebestätigung

Ich bestätige, dass ich am _____, rechtzeitig vor Antragstellung die beiliegenden Produktinformationsblätter erhalten habe. Ich hatte jedenfalls die Gelegenheit und ausreichend Zeit, den Inhalt der Unterlagen zur Kenntnis zu nehmen und die Unterlagen zu prüfen und den Vertragsabschluss auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben.

Weiters bestätige ich, ebenfalls vor Antragstellung, das vollständige Angebot samt Versicherungsbedingungen erhalten zu haben.

_____ Datum

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

1. Datenschutzbestimmungen

1.1. Verwendung personenbezogener Daten (Hinweis gemäß Art 13ff 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 unter Berücksichtigung eines angemessenen technischen Schutzniveaus an Dritte übermittelt, z.B. an Ärzte, Banken, Reparaturdienstleister, andere Versicherer, Rückversicherungsunternehmen, Vermittler, Behörden, Sachverständige sowie bei Zustimmung auch an die österreichischen Konzernunternehmen Merkur Lifestyle GmbH und Metis Invest GmbH.

Besondere Kategorien personenbezogener Daten (etwa Gesundheitsdaten) 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 der EU- Datenschutzgrundverordnung, 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, 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 ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@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 (<https://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. Für diese Einschätzung verarbeitet der Versicherer die angegebenen Daten im erforderlichen Ausmaß, was auch Gesundheitsdaten miteinschließt. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder in 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, im erforderlichen Ausmaß ermitteln und verarbeiten 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 ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Ein Widerruf kann jedoch zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt, da eine Bearbeitung des Antrags ohne ausreichende Informationen nicht mehr möglich sein kann.

- 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, im erforderlichen Ausmaß ermitteln und verarbeiten 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 Datenübermittlung 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 Leistungsfällprüfung 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 einer 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 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 kann die betroffene Person 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 nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz 2016

2.1. Information zum Unternehmen

Versicherer ist die Merkur Versicherung AG, ein Versicherungsunternehmen mit Sitz in 8010 Graz, Joanneumring 22, registriert beim Landesgericht Graz als Firmenbuchgericht unter FN 38045z, www.merkur.at, welches dem Versicherungsnehmer vor Abschluss eines Versicherungsvertrages Beratung anbietet.

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 Polizza 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 Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.
- In Krankenanstalten und Abteilungen für Geriatrie.

1.4. Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht, Datenübertragbarkeit, Beschwerde an Aufsichtsbehörde

Sie sind gemäß Art 15ff DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Merkur Versicherung AG (Vertragspartner) um umfangreiche und unentgeltliche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß Art 15 ff DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Merkur Versicherung AG (Vertragspartner) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Sie haben weiters das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, sofern die Verarbeitung auf einer Einwilligung oder einem Vertrag beruht und dies technisch machbar ist.

Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich auch bei der Datenschutzbehörde beschweren.

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

Individuelle Leistungsausschlüsse (Risikoausschlüsse) und Wartezeiten

Sollte der Versicherer individuelle Wartezeiten und/oder Leistungsausschlüsse im Versicherungsschein (=Polizza) festlegen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang der Polizza in geschriebener Form zu widersprechen (§ 5 Versicherungsvertragsgesetz, BGBl. Nr. 2 / 1959, in der jeweils geltenden Fassung), sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.

Ergänzungstarife

Ein Ergänzungstarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn sich der Hauptwohnsitz des jeweiligen Versicherten in Österreich befindet und gleichzeitig ein anderer Tarif (Haupttarif) der privaten Krankenversicherung mit Leistungen für Arzt- und Facharztkosten bei der Merkur Versicherung AG abgeschlossen wird oder bereits besteht. Unter Umständen können weitere Voraussetzungen hinzutreten. Diese sind den einschlägigen Bedingungen zu entnehmen. Sofern mittels des vorliegenden Antrages der Abschluss eines Ergänzungstarifs beantragt wird, gelten die Ausführungen in diesem Antrag für Ergänzungstarife sowie die jeweiligen Vertragsunterlagen. Die einschlägigen Bestimmungen ihres Haupttarifes bleiben unberührt und richten sich ebenfalls nach den Vertragsunterlagen ihres jeweiligen Tarifs.

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. Prämienzahlungsverzug 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 Versicherte 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. Ergänzungstarif

Der Ergänzungstarif endet zusätzlich zu den in 2.5. erwähnten Fällen mit Wegfall des Haupttarifs, ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf. Unter Umständen können weitere Beendigungsmöglichkeiten hinzutreten. Diese sind den einschlägigen Bedingungen zu entnehmen.

2.5.2.4. Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

2.5.2.4.1. 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.

2.5.2.4.2. 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. 2.5.1 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. 2.5.2 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. 2.5.2.4.2 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 ME-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.

Die Anpassung kann dazu führen, dass die Prämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen.

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 geänderten 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 nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz 2016)

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 Polize 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 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 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes und des Versicherungsvertragsgesetzes sind wir verpflichtet, bei Vorliegen einer Behinderung im Sinne des § 3 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes, die Gründe für eine risikobedingte Ablehnung, die Vereinbarung eines Prämienzuschlags, eines Risikoausschlusses, einer Verminderung der Leistung oder einer Wartefrist in einer gesonderten Urkunde unter Bezugnahme auf statistische Daten offenzulegen. Fehlen statistische Daten oder sind diese unzureichend, erfolgt die Offenlegung auf Ihr Verlangen.

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

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.

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 Einlangen bearbeitet. Sollte diese Frist wider Erwarten nicht eingehalten werden können, wird der Beschwerdeführer umgehend darüber informiert.

Sie können Ihre Beschwerde auch an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz richten: Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Abteilung III/3, Stubenring 1, 1010 Wien, +43/1/71100/862501 oder 862504, versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at.

Darüber hinaus können Sie Ihre Beschwerde auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, Homepage: www.vvo.at richten.

Im Falle von Streitigkeiten haben Sie auch die Möglichkeit, sich an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte www.verbraucherschlichtung.at zu wenden. Unternehmen sind nicht verpflichtet, sich daran zu beteiligen.

Sie haben auch das Recht, den Rechtsweg zu bestreiten.

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.

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 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.

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 nachweislichen Einlangen des Antrages bei 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.