

GRUNDVERSICHERUNG:

Der Beitrag zur Krankheitskostenversicherung (Inanspruchnahme der allgemeinen Gebührenklasse bei stationärem Aufenthalt in einer Krankenanstalt und für ambulante ärztliche Leistungen; Krankenpflichtversicherung) gemäß § 41 Satzung WFF ist jeweils vom Alter des Versicherten bzw. Mitversicherten abhängig und wird bei Neuaufnahme in die Versicherung in der gemäß Anhang II zur Beitragsordnung vorgesehenen Höhe vorgeschrieben. Die Bestimmungen des Abs. 2 kommen sinngemäß zur Anwendung.

FAQ's zur Krankheitskostenversicherung finden Sie unter:

<https://www.arztnoe.at/wohlfahrtsfonds/leistungen/beitraege/versicherungen/krankheitskostenversicherung>

Wichtige Informationen zur

Krankheitskostenversicherung

gemäß § 41 (1)

Sonderleistungen:

Entgegen den Besonderen Versicherungsbedingungen des Tarifes SXVAKE19 entfällt der Höchstbeitrag für die unter Punkt II A (2) und (3) angeführten ärztlichen Sonderleistungen.

Der Versicherungsschutz bei der Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) beginnt mit Beitrittsdatum und endet mit Kündigungsdatum.

Die Beibehaltung der Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) ist für Leistungsempfänger aus dem Wohlfahrtsfonds über einen Einzelvertrag möglich.

.

Anhang II (Krankenpflichtversicherung)

Altersabhängiger Beitrag für die Krankheitskostenversicherung gemäß § 10 Abs. 3 Beitragsordnung

Beiträge in € pro Monat

Für Kinder von WFF-Mitgliedern wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ein monatlicher Beitrag von € **72,40** vorgeschrieben.

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
19	160,25	50	223,60
20	160,93	51	228,34
21	161,62	52	233,36
22	162,45	53	238,62
23	163,25	54	244,16
24	164,16	55	249,93
25	165,11	56	255,97
26	166,16	57	262,25
27	167,28	58	268,74
28	168,42	59	275,46
29	169,68	60	282,33
30	171,00	61	289,39
31	172,39	62	296,60
32	173,87	63	303,91
33	175,44	64	311,31
34	177,09	65	318,82
35	178,83	66	326,33
36	180,72	67	333,83
37	182,67	68	341,30
38	184,78	69	348,72
39	186,97	70	356,06
40	189,37	71	363,28
41	191,84	72	370,37
42	194,54	73	377,23
43	197,37	74	383,95
44	200,45	75	390,40
45	203,69	76	396,72
46	207,18	77	396,72
47	210,91	78	396,72
48	214,91	79	396,72
49	219,14	80	396,72

L 10

ANTRAG AUF
KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG
gemäß § 41 (1)

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

An den
Wohlfahrtsfonds der
Ärztelammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

Ich erkläre meinen Beitritt zur Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) ab: _____

Ich erkläre den Beitritt folgender Familienmitglieder zur Krankheitskostenversicherung
gemäß § 41 (1) ab: _____

Ehegatte/eingetragener Partner/Lebenspartner:

Vorname: _____ geboren am: _____

Kinder:

Vorname: _____ geboren am: _____

Vorname: _____ geboren am: _____

Vorname: _____ geboren am: _____

Vorname: _____ geboren am: _____

Datum

AntragstellerIn



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 ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 1)

- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 2)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 3)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 4)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person 5)**

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, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person1)

- Die zu versichernden Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person2)
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person3)
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person4)
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person5)

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 versicherungs-spartenübergreifend 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 merkur@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person1)

- Die zu versichernden Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person2)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person3)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person4)**
- Die zu versichernde Person ist mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. (Person5)**

Der Antragsteller bestätigt, dass er beim Erstkontakt die Information zum Datenschutz gem. Art. 13ff EU- Datenschutzgrundverordnung erhalten hat.

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass sämtliche, diesen Versicherungsvertrag betreffende Korrespondenz, wie beispielsweise Polizze, Rückfragen zu diesem Antrag, Abrechnungsschreiben udgl., auch wenn diese besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) enthält, über den Versicherungsnehmer als Vertragspartner des Versicherungsunternehmens abgewickelt wird.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich, per Post an Merkur Versicherung AG, A-8010 Graz, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 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. Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass diese Trennung den Wegfall etwaiger, mit der Verbindung der Verträge in Zusammenhang stehender Rabatte und damit eine Änderung der Prämie mit sich ziehen kann.

_____ 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 Art 13ff DS-GVO)

Die Ermittlung und die Verwendung der von Ihnen bekannt gegebenen Daten erfolgt zu Zwecken der Verwaltung und Kundenbetreuung automatisiert. 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, Versicherungs-summe) 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 merkur@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 8010 Graz widerrufen werden. Ebenso können Sie einen Widerruf im Merkur Kundenportal unter den Benutzereinstellungen durchführen (www.portal.merkur.at).

1.3. Personenbezogene Gesundheitsdaten

1.3.2. 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 in anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Mitteilungsobliegenheit des VN hinsichtlich erteilter und widerrufener 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 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, 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 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 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 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.

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 hat, 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.

Information zum Datenschutz

Ausführliche Datenschutzinformationen gemäß Artikel 12, 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) finden Sie unter <http://www.merkur.at>. Auf Ihren Wunsch übersenden wir Ihnen diese Informationen gerne auch postalisch.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorfstraße 84, 8010 Graz
Telefon: +43 316 8034-0, E-Mail-Adresse (allgemein): merkur@merkur.at

Für Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten kontaktieren Sie unseren Datenschutzbeauftragten unter der o.a. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@merkur.at

Zwecke für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Vorrangiger Zweck ist die (vor)vertragliche Bedarfsanalyse, Beratung, (Versicherungs-) Vertragsanbahnung, -verwaltung und -erfüllung.

Ihre Daten werden für die Bearbeitung von Anträgen, die Risikoprüfung, die Ausstellung des Versicherungsscheines, die Verwaltung und Bearbeitung von Verträgen und Versicherungsfällen ermittelt und verarbeitet.

Wenn Sie uns diese Daten nicht oder nicht im benötigten Umfang bereitstellen, können wir das von Ihnen gewünschte Vertragsverhältnis u.U. nicht begründen oder Ansprüche aus einem Versicherungsvertrag nicht beurteilen oder erfüllen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten für Marketingaktivitäten sowie für statistische Zwecke.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung der Daten

Die Daten werden aufgrund der Erlaubnistatbestände nach der DSGVO, vorrangig zur Vertragserfüllung, zur Wahrung unserer berechtigten Interessen und zur Erfüllung von rechtlichen und vertraglichen Verpflichtungen verarbeitet.

Für die Verarbeitung von besonders geschützten personenbezogenen Daten, wie z.B. Ihren Gesundheitsdaten, holen wir vorher Ihre Einwilligung ein – sofern die Verarbeitung nicht zur Wahrung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

Kategorien von Empfängern

Soweit dies zur Vertragserfüllung erforderlich oder gesetzlich vorgeschrieben ist, übermitteln wir im Einzelfall notwendige Daten an die damit befassten Empfänger, wie Vor-, Mit- und Rückversicherer, Vermittler, externe Dienstleister, Ärzte, Krankenhäuser, Sachverständige, Sozialversicherungsträger, Aufsichts- und Finanzbehörden sowie Strafverfolgungsbehörden.

Weiters nehmen wir an Einrichtungen der Versicherungswirtschaft teil, über welche bestimmte personenbezogene Daten ausgetauscht werden (zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch).

Übermittlung an Empfänger in Drittländern

Wir übermitteln personenbezogene Daten anlassbezogen an unsere Rückversicherer.

Sollte aufgrund Ihrer Angaben im Bereich der Vorsorge- bzw. Lebensversicherung ein US-Bezug bestehen, sind wir gesetzlich verpflichtet, bestimmte personenbezogene Daten an die US-Finanzbehörde zu übermitteln.

Speicherdauer (Löschfristen)

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten nur solange und soweit das für die oben genannten Zwecke erforderlich ist oder wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dabei berücksichtigen wir die entsprechenden Verjährungsfristen.

Rechte der betroffenen Personen

Sie haben bei Vorliegen der dafür erforderlichen Voraussetzungen folgende Rechte:

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sowie das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit.

Wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung wie der Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder für Direktwerbung beruht, haben Sie das Recht, diese jederzeit zu widerrufen. Wir werden diese Daten dann nicht weiterverarbeiten, sofern nicht ein anderer Grund für eine rechtmäßige Verarbeitung vorliegt.

Automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir mitunter vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages.

Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie unter www.merkur.at im Bereich Datenschutz

Leistungsbeschreibung für den Tarif SXVAKE23 Auszug aus den Besonderen Versicherungsbedingungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / Fassung 2012 - in weiterer Folge AVB genannt)

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

A Stationäre Heilbehandlung und in der Allgemeinen Gebührenklasse eines Vertragskrankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland

Bei stationärer Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke für längstens 8 Wochen und in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke längstens für 3 Monate bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung) oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

- a) Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.
- b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte im europäischen Ausland erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.

B Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

Bei stationärer Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. I.A fällt, werden Pflegegebühren pro Tag erbracht:
Pflegegebühren täglich bis EUR 446,00

C Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

- (1) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A werden die Kosten in voller Höhe übernommen.
- (2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I.B werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag vergütet. bis EUR 89,20

II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich

A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)

- (1) Arzt- und Facharztkosten
 - a) für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination) bis EUR 52,00
 - b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes bis EUR 70,00
 - erste Facharztberatung (Ordination) bis EUR 61,00
 - weitere Facharztberatung (Ordination) bis EUR 52,00
 - c) für einen Nachtbesuch von 22.00 bis 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes werden Vergütungen pro Behandlung erbracht. bis EUR 94,00
- (2) Röntgen, Strahlentherapie, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie pro Kalenderjahr bis EUR 735,00
- (3) diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie pro Kalenderjahr bis EUR 364,00
- (4) Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chirotherapie, Biofeedback, Videoscreening, Bachblütentherapie, Neuraltherapie, Physiotherapie und Eigenblutbehandlungen pro Kalenderjahr bis EUR 292,00
- (5) Vorsorgeuntersuchungen pro Kalenderjahr bis EUR 110,00

B Weggebühren des Arztes

- a) Kostenersatz pro Kilometer bis EUR 3,27
- b) Kostenersatz pro Kilometer bei Nacht (von 22.00 bis 6.00 Uhr) bis EUR 4,72

C Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt nach diesem Tarif

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit der betreffenden Tagesklinik oder mit dem betreffenden Arzt festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

D Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II.B fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

Höchstsätze für Operationskosten:

Operationsgruppe I bis	EUR 110,00	Operationsgruppe IV bis	EUR 1.125,00
Operationsgruppe II bis	EUR 195,00	Operationsgruppe V bis	EUR 1.550,00
Operationsgruppe III bis	EUR 475,00	Operationsgruppe VI bis	EUR 1.810,00

E Hauspflegepauschale

Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II.B oder C nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III eine Pflegepauschale bezahlt.

Pflegepauschale für:

Operationsgruppe III bis	EUR 110,00	Operationsgruppe V bis	EUR 330,00
Operationsgruppe IV bis	EUR 182,00	Operationsgruppe VI bis	EUR 440,00

F Akutversorgung

Für eine ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der allgemein öffentlichen Krankenhäuser oder in den Ambulatorien der von der AUVA geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

G Arzneimittel

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (auch homöopathische Arzneimittel) werden pro Kalenderjahr 80% der Kosten ersetzt bis **EUR 697,00**

Wird der Höchstsatz für Arzneimittel ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt, der dem Höchstbetrag der Arzneimittel entspricht, zum Tragen, und danach werden die Kosten zu 100% ohne Höchstbetrag ersetzt.

H Heilbehelfe, Heilmittel

Für Heilbehelfe und Heilmittel werden die Kosten pro Kalenderjahr ersetzt

a) für Brillen und Kontaktlinsen	bis	EUR 233,00
b) für andere Heilbehelfe	bis	EUR 233,00

III. Ambulante Heilbehandlung in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zwecke der Arbeitssuche) werden die Kosten bis zu den Sätzen und Gebühren der gesetzlichen Sozialversicherung des jeweiligen Landes, in dem die Leistung erbracht wurde, vergütet.

IV. Krankenhaustransportkosten

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus, zu einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II.B oder C oder einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II.E und bei einem notwendigen Heimtransport werden für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi 80% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt bis **EUR 364,00**

V. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Für Zahnbehandlung und Zahnersatz werden die Kosten pro Kalenderjahr ersetzt

a) Kostenersatz für Zahnbehandlung	bis	EUR 364,00
b) 80% Kostenersatz für Zahnersatz	bis	EUR 364,00
c) 50% Kostenersatz für Zahn- und Kieferregulierungen	bis	EUR 146,00

VI. Geburtskostenbeihilfe

Anstelle aller anderen Leistungen wird an weibliche Versicherte gegen Vorlage einer Geburtsurkunde eine Geburtskostenbeihilfe ausbezahlt. **EUR 2.078,00**

VII. Krankenhausersatztagegeld

Wenn für die gesamte Dauer des Stationären Aufenthalts keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhausersatztagegeld ausbezahlt.

für Erwachsene	EUR	90,00
für Kinder	EUR	45,00

VIII. Kur- und Erholungskostenzuschuss

Für ärztlich verordnete Kur- und Erholungsaufenthalte Tagsatz für Erwachsene

EUR 36,00

Für Therapiekosten 80% der Kosten pro Kalenderjahr

bis EUR 292,00

IX. Medizinische Hauskrankenpflege

Für ärztlich angeordnete Hauskrankenpflege, die anstelle eines Krankenaufenthaltes erfolgt, werden Kosten für ein und denselben Versicherungsfall gegen Vorlage einer saldierten Originalrechnung bis zu einem täglichen Höchstsatz für höchstens 28 Tage ersetzt. Die medizinische Hauskrankenpflege darf nur durch diplomierte Krankenschwestern oder diplomierte Krankenpfleger erbracht werden und umfasst ausschließlich medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie Injektionen, Sonderernährung, Wundversorgung etc.

für Behandlungskosten pro Tag bis EUR 10,90

X. Psychotherapeutische Behandlung

Für psychotherapeutische Behandlungen und Lifestyleberatung bei einem frei praktizierenden Psychotherapeuten werden Kosten für eine Einzelbehandlung (-sitzung) und für eine Gruppenbehandlung (-sitzung) (maximal 10 Personen) pro Behandlung bis zu einem Höchstsatz ersetzt.

a) für Einzelbehandlungen je Sitzung	bis	EUR	26,16
b) für Gruppenbehandlungen je Sitzung	bis	EUR	8,72

XI. Rehabilitationsbehandlung

Bei stationärer Rehabilitationsbehandlung in einem europäischen Rehabilitationszentrum im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt werden entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstsatz bis längstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung übernommen.

Behandlungskosten täglich bis EUR 190,00

Auszug aus den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für eine Versicherung zur Gesundheitsvorsorge

I. Gesundheitsvorsorge

Gesundheitsvorsorge im Sinn dieser Bedingung geht über die präventive Früherkennung hinaus und umfasst einerseits Maßnahmen, die von der Gesunderhaltung bis hin zur klassischen Früherkennung reichen und grenzt sich andererseits klar von der Diagnostik und Therapie bestehender bzw. bekannter Erkrankungen ab.

II. Übernahme der Kosten für ein Gesundheitsprogramm für Erwachsene

Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.

III. Übernahme der Kosten für ein Gesundheitsprogramm für Jugendliche

Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner für Jugendliche von 15 - 18 Jahren bzw. für mitversicherte Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

IV. Übernahme der Kosten für ein Gesundheitsprogramm für Kinder

Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner für Jugendliche von 6 - 14 Jahren in Form einer eintägigen Veranstaltung. Die Termine werden dem Versicherten in Aussendung der Merkur Versicherung AG bekannt gegeben.

Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner. Als Vertragspartner gelten die im Vertragspartnerverzeichnis nach diesem Tarif geführten Gesundheitsdienstleister.