

SONDERKLASSEVERSICHERUNG:

Der Beitrag für den Kostenersatz der Sonderklasse bei einem stationären Krankenhausaufenthalt gemäß § 40 Abs. 2 und Abs. 3 Satzung WFF wird WFF-Mitgliedern und ihren Angehörigen gemäß § 40 Abs. 3 Satzung WFF zum Zeitpunkt der Neuaufnahme in die Versicherung in der gemäß Anhang I zur Beitragsordnung vorgesehenen Höhe vorgeschrieben. Diese richtet sich nach dem Alter des/der Versicherten bzw. Mitversicherten zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns, wobei als Eintrittsalter das Geburtsjahr des Versicherten vom aktuellen Kalenderjahr abgezogen wird (Kalenderjahresverfahren). Der Versicherungsbeginn erfolgt jeweils am ersten Tag eines Monats.

Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsschutz bei der Sonderklasseversicherung erst nach Ablauf von drei Monaten, bei einer bestehenden Schwangerschaft nach Ablauf von neun Monaten ab Datenmeldung wirksam wird (Ende der Sistierung).

Die Wartefristen entfallen in den folgenden Fällen:

1. Versicherung bei Neueintritt in den WFF innerhalb der ersten 12 Wochen
2. Nachgewiesene anderweitige Vorversicherung (Sonderklasseversicherung)
3. Nachversicherung von Ehegatten oder eingetragenen Partnern innerhalb von 12 Wochen nach Eheschließung oder Eintragung
4. Nachversicherung von neugeborenen Kindern innerhalb von 12 Wochen nach Geburt
5. Für einen vom Verwaltungsausschuss nach Rücksprache mit der Rückversicherung definierten Zeitraum.

FAQ's zur Sonderklasseversicherung finden Sie unter:

<https://www.arztnoe.at/wohlfahrtsfonds/sonderklasseversicherung>

Anhang I

Altersabhängiger Beitrag für die Übernahme der Kosten der Sonderklasse (Sonderklasseversicherung) gemäß § 10 Abs. 2 Beitragsordnung

Beiträge in € pro Monat

Für Kinder von WFF-Mitgliedern wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ein monatlicher Beitrag von € 34,65 vorgeschrieben.

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
19	76,83	50	201,72
20	79,23	51	209,58
21	81,51	52	217,64
22	83,71	53	225,94
23	85,79	54	234,43
24	87,79	55	243,15
25	89,70	56	252,08
26	91,58	57	261,19
27	93,40	58	270,52
28	95,26	59	280,09
29	97,28	60	289,86
30	99,45	61	299,85
31	101,92	62	310,05
32	104,70	63	320,45
33	107,77	64	331,07
34	111,15	65	341,87
35	114,81	66	352,92
36	118,76	67	364,21
37	122,97	68	375,72
38	127,43	69	387,43
39	132,14	70	399,38
40	137,13	71	411,50
41	142,41	72	423,74
42	147,95	73	436,16
43	153,73	74	448,64
44	159,81	75	461,20
45	166,14	76	473,76
46	172,75	77	486,21
47	179,62	78	498,53
48	186,74	79	510,63
49	194,11	80	522,33

**Datenmeldung
Sonderklasseversicherung**

FAQs dazu siehe www.arztnoe.at

Übermittlung der Datenmeldung an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich, Wipplingerstraße 2, 1010 Wien oder per E-Mail (wff@arztnoe.at)

Daten des Hauptversicherten:

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

E-Mail, Telefon

Datenmeldung für die Sonderklasseversicherung **gültig ab:** _____

Vorversicherung: JA (Versicherung: _____, Polizzenr.: _____)
 NEIN

Mitversicherung folgender **Familienmitglieder** ab: _____

Ehegatte/-in / Eingetragene(r) Partner:in / Lebenspartner:in:

Name: _____ geboren am: _____

Kinder:

Name: _____ geboren am: _____

Die Sonderklasseversicherung besteht nur für Mitglieder des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich und ihre Angehörigen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Versicherung bei Ausscheiden aus dem Wohlfahrtsfonds (zB durch Wechsel in den Wohlfahrtsfonds einer anderen Landesärztekammer, Streichung aus



der (Zahn-)Ärzteliste, Führung als außerordentliches Kammermitglied) für alle versicherten Personen mit dem Monat des Ausscheidens endet.

WFF-Mitglieder haben die Möglichkeit, die Versicherung bei Ausscheiden aus dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für NÖ in eine Einzelversicherung mit der Merkur Versicherung AG ohne Wartezeit und Risikoprüfung nach Maßgabe der dafür geltenden Tarife und Bedingungen umzuwandeln.

Datum

Unterschrift Mitglied

Polizzennummer:

Versicherungsnehmer (P1):

Versicherte Person (P2):

Versicherte Person (P3):

Versicherte Person (P4):

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 Leistungsauswicklung 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 schriftlich 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, Conrad-von-Hötendorf-Straße 84, 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, Conrad-von-Hötendorf-Straße 84, 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. 13ff 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 usgl., 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, Conrad-von-Hötendorf-Straße 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 und es auch in diesem Fall zu Prämienveränderungen aufgrund des Entfalls von Rabatten kommen kann.

Datum

Unterschrift der zuversichernden
Personen ggf. als gesetzliche/r Vertreter

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

1. Datenschutzbestimmungen

1.1. Verwendung personenbezogene 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 Werbe post, 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 erhaltenen 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, Conrad-von-Hötendorf-Straße 84, 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 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, 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 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 beantrage, 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 Aufnahmendiagnose (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 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.

ab 01.01.2021

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-v.-Hötzendorf-Straße 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 Erlaubnistanstbestände 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 Sachverhaltaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmisbrauch).

Übermittlung an Empfänger in Drittländern

Wir übermitteln personenbezogene Daten anlässlich bezogen 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 (Löscherfristen)

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 gegenüber dem Verantwortlichen:
 Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit,
 sowie das Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde (Barichgasse 40-42, 1030 Wien, E-Mail dsb@dsb.gv.at).

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 MXBNA/26

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 Entbindung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Sonderklasse/ Einbettzimmer eines Vertragskrankenhauses

Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Sonderklasse/ Einbettzimmer eines Vertragskrankenhauses übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen, Geburtskostenbeihilfe) die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der Pflichtkrankenkasse (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Sonderklasse/ Einbettzimmer), und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.

B Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

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

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.

D Krankenhausersatztagegeld

Wenn für die gesamte Dauer des Stationären Aufenthalts keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhausersatztagegeld ausbezahlt. für Erwachsene EUR 142,01 für Kinder EUR 71,01

E Krankenhaustransportkosten

Diese werden bis zu einem Höchstbetrag vergütet. bis EUR 350,00

II. Operative ambulante Heilbehandlung in Tageskliniken und Arztpraxen

A 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.

Die Kosten werden direkt mit der Vertragstagesklinik bzw. dem Vertragsarzt verrechnet.

B Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

- (1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II.A fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

a) Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet.

Höchstsätze für Operationskosten:

Operationsgruppe I bis	EUR 325,00	Operationsgruppe IV bis	EUR 1.000,00
Operationsgruppe II bis	EUR 450,00	Operationsgruppe V bis	EUR 1.500,00
Operationsgruppe III bis	EUR 675,00	Operationsgruppe VI bis	EUR 2.200,00

C Krankentransportkosten

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(13) AVB-1995 werden Krankentransportkosten übernommen. Krankentransportkostenersatz

bis EUR 350,00

D Hauspflegepauschale

Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II.A oder B 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

III. Geburtskostenbeihilfe

Anstelle aller anderer Leistungen, gegen Vorlage einer Geburtsurkunde bis EUR 2.183,00

IV. Krankenrücktransport aus dem Ausland bzw. Krankenbesuchsreise

Versicherungsfall nach diesem Tarif ist ein medizinisch begründeter und ärztlich angeordneter Rücktransport aus dem Ausland aufgrund einer akuten Erkrankung oder der Eintritt eines Unfalles des Versicherten im Ausland. Die Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort, die medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland und die Bergung eines verunglückten Versicherten durch einen Rettungshubschrauber

Krankenrücktransport aus dem Ausland bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation
pro Versicherungsfall bis EUR 3.650,00

Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Versicherungsfall bis EUR 750,00

Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise oder einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland erforderlich wird
pro Kalenderjahr

Leistungen für Hubschrauberrettungskosten ersetzt werden die Kosten, die

- bei der Bergung innerhalb Österreichs eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder eines in Wassernot geratenen Versicherten,
oder
 - bei einem Transport innerhalb Österreichs zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten oder eines an einer plötzlich auftretenden, lebensbedrohenden Krankheit erkrankten Versicherten

durch einen Rettungshubschrauber von der Unglücksstelle in das Krankenhaus entstehen.

Eine Krankheit gilt dann als plötzlich auftretende, lebensbedrohende Krankheit, die der Bewertung ab NACA IV gemäß NACA-Score entspricht.

Der NACA-Score beschreibt den Schweregrad der Verletzung in der Notfallmedizin. Er umfasst ein Scoring-System zur Einordnung des Erkrankungs- oder Verletzungsschweregrades von Patienten in Kategorien.

pro Versicherungsfall bis EUR 3.650,00

Vertragskrankenhausverzeichnis Österreich

(Stand Jänner 2022)

LISTE 1

STEIERMARK

- Privatklinik Graz Ragnitz
A.ö. Landeskrankenhaus Graz
LKH Graz II (Standorte Graz-West, *Landesnervenklinik Sigmund Freud, Hörgas-Enzenbach)
Krankenanstaltenverbund Feldbach - Fürstenfeld
A.ö. Landeskrankenhaus Hartberg
Landeskrankenhaus Murtal (Standorte Judenburg, Knittelfeld und Stolzalpe)
Landeskrankenhaus Hochsteiermark (Standorte Leoben/Eisenerz, Bruck a.d. Mur)
Krankenanstaltenverbund Mürzzuschlag-Mariazell
Krankenanstaltenverbund Rottenmann - Bad Aussee
Klinik Diakonissen Schladming
Landeskrankenhaus Weststeiermark (Standorte Voitsberg, Deutschlandsberg)
Landeskrankenhaus Südsteiermark (Standorte Wagna, Bad Radkersburg)
A.ö. Landeskrankenhaus Weiz
Klinikum Theresienhof
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz (Standorte Marschallgasse u. Eggenberg)
Krankenhaus der Elisabethinen, Graz
Marienkrankenhaus Vorau
Sanatorium Hansa GesmbH, Graz
Privatklinik Leech GmbH, Graz
Privatklinik Kastanienhof, Graz
Privatklinik der Kreuzschwestern, Graz
Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe Graz
Unfallkrankenhaus Steiermark (Standort Graz und Standort Kalwang)
* AMEOS Klinikum Bad Aussee GmbH
* Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg GmbH (Sonderkrankenanstalt für Neurologische Akutnachbehandlung)
* Geriatrische Gesundheitszentren - Stadt Graz Albert Schweizer Klinik (Akutgeriatrie/Remobilisation)

ÖBERÖSTERREICH

- Kepler Universitätsklinikum (Standorte AKH Linz, Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz, Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg Linz)
Salzkammergut - Klinikum (Standorte Gmunden, Vöcklabruck und Bad Ischl (ausgenommen Konsiliarstation für Multiple-Sklerose-Patienten in Bad Ischl))
A.ö. Landeskrankenhaus Freistadt
A.ö. Landeskrankenhaus Rohrbach
A.ö. Landeskrankenhaus Schärding am Inn
Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Kirchdorf Steyr
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Linz
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz
A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen, Linz
A.ö. Krankenhaus "St. Josef", Braunau/ Inn
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried i.l.
Sonderkrankenanstalt Sierning
Klinikum Wels - Grieskirchen GmbH
Klinik Diakonissen Linz
Unfallkrankenhaus Linz

BURGENLAND

- A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt
A.ö. Landeskrankenhaus Güssing
A.ö. Landeskrankenhaus Kittsee
A.ö. Landeskrankenhaus Oberpullendorf
A.ö. Landeskrankenhaus Oberwart

WIEN

- Universitätsklinikum AKH Wien - Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien (ausgenommen das Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie und Kinderklinik Abteilung O5/Heilpädagogische Abteilung, Vorgenehmigungspflicht (*)) für die Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters und für die Psychiatrische Universitätsklinik)
Klinik Floridsdorf - Krankenhaus Nord

- Klinik Favoriten - Sozialmedizinisches Zentrum Süd, Kaiser-Franz-Josef-Spital (* psychiatische Abteilung) mit Gottfried von Preyer'schem Kinderspital
Klinik Hietzing - Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (ausgenommen die Abtlg. für entwicklungsstörte Kinder und die Station für Langzeitbehandlungen)
Klinik Landstraße - Krankenanstalt Rudolfstiftung
St. Anna-Kinderspital
Klinik Donaustadt - Sozialmedizinisches Zentrum Ost, Donauspital
Klinik Ottakring - Wilhelminenspital (*) für 5. Med. Abtlg. Mit Langzeittherapie und Rehabilitation, Abtlg. Für Chronisch-Kranke und für Kinderinterne Abteilung mit Psychosomatik
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern
Evangelisches Krankenhaus, Hans-Sachs-Gasse 12
Privatspital Goldenes Kreuz
Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes
Hanusch Krankenhaus
Franziskus Spital Betriebsgesellschaft m.b.H. (Standorte 1030 Wien Landstraße, 1050 Wien Margareten)
Herz-Jesu-Krankenhaus
Orthopädisches Spital Wien-Speising
St. Josef-Krankenhaus
Confraternität-Privatklinik Josefstadt
Privatklinik Döbling
Krankenanstalt Sanatorium Hera
Wiener Privatklinik
Privatkrankenanstalt Rudolfinerhaus
Traumazentrum Wien (Standort Meidling und Standort Lorenz Böhler)
Klinik Penzing - Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital (* für psychiatrische Abtlg.)

NIEDERÖSTERREICH

- Universitätsklinikum St. Pölten
Landesklinikum Lilienfeld
Landesklinikum Amstetten
Landesklinikum Baden
Landesklinikum Hainburg
Landesklinikum Hollabrunn
Landesklinikum Horn
Landesklinikum Klosterneuburg
Landesklinikum Korneuburg - Stockerau
Universitätsklinikum Krems
Landesklinikum Melk
Landesklinikum Mistelbach-Gänserndorf
Landesklinikum Neunkirchen
Landesklinikum Scheibbs
Universitätsklinikum Tulln
Landesklinikum Waidhofen / Ybbs
Landesklinikum Waldviertel Zwettl - Gmünd - Waidhofen / Thaya
Landesklinikum Wiener Neustadt
* Landesklinikum Hochegg (ausgenommen Abteilung für multiple Sklerose)
* Landesklinikum Mauer (ausgenommen geriatrische Fälle, Heilstätten-, Pflege- und Rehabilitationsfälle)

KÄRNTEN UND ÖSTTIROL

- A.ö. Landeskrankenhaus Klagenfurt
A.ö. Landeskrankenhaus Laas, Kötschach
Krankenhaus Spittal/Drau
A.ö. Landeskrankenhaus Villach
A.ö. Landeskrankenhaus Wolfsberg
A.ö. Bezirkskrankenhaus Lienz/Osttirol
A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt
A.ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach
A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan

- * Gesundheitszentrum Diakonie - Öffentl. Krankenhaus Waiern
Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt
Privatklinik Villach
Unfallkrankenhaus Klagenfurt
- * Gailtal-Klinik Landes-Sonderkrankenanstalt Hermagor

TIROL

- A.ö. Landeskrankenhaus Innsbruck - Universitätskliniken (* Psychiatrie)
- A.ö. Landeskrankenhaus Hall in Tirol
- A.ö. Landeskrankenhaus Hochzirl - Natters
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Reutte
- A.ö. Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Schwaz
- A.ö. Krankenhaus "St. Vinzenz", Zams
- A.ö. Landeskrankenhaus Lienz/Osttirol
Sanatorium Kettenbrücke Innsbruck
Privatklinik Hochrumb, Rum-Innsbruck
Kursana Privatklinik im Gesundheitszentrum Wörgl

SALZBURG

- St. Johanns Spital/ Landeskrankenhaus Salzburg
- * Christian-Doppler-Klinik Landesnervenklinik Salzburg (ausgenommen Heilstätten-, Pflege-, geriatrische u. Rehabilitationsfälle)
Landesklinik Hallein

- A.ö. Krankenhaus Oberndorf
Landesklinik Tamsweg
Tauernklinikum (Standorte Zell a. See und Mittersill)
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Salzburg
Privatklinik Wehrle-Diakonissen (Standorte Aigen und Andräviertel)

- * Landeskrankenhaus St. Veit/ Pongau (ausgenommen Heilstätte u. Abtlg. f. Pflege- u. Rehabilitationsfälle)

VORARLBERG

- A.ö. Landeskrankenhaus Bregenz
- A.ö. Landeskrankenhaus Bludenz
- A.ö. Krankenhaus Dornbirn
- Landeskrankenhaus Feldkirch
- A.ö. Landeskrankenhaus Hohenems
Landeskrankenhaus Feldkirch, Polumologische Abteilung Gaisbühel (ausgenommen Heilstättenfälle)
- * Landeskrankenhaus Rankweil Abteilung für Psychiatrie und Neurologie (ausgenommen Abteilung für chronisch Kranke und Geriatrie und Nachsorgestation/Remobilisation)

Europadeckung bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus in den nachfolgenden europäischen Staaten:

Albanien, Andorra, Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Faröer, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Mazedonien, Moldawien, Monaco, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Polen, Portugal, Rumänien, Russland (europ. Teil), San Marino, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Türkei (europ. Teil), Ukraine, Ungarn, Weißrussland, Zypern

Ob zusätzlich auch die Möglichkeit der Unterbringung in Privaten Krankenanstalten besteht, ist den jeweils gültigen Besonderen Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Bei einem stationären Aufenthalt in einem Vertragskrankenhaus, einem allgemein öffentlichen Krankenhaus bzw. einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland müssen jedoch alle Voraussetzungen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen für eine Leistungspflicht erfüllt sein.

Es liegt daher nicht der Versicherungsfall der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung vor, wenn der Aufenthalt z.B. nur einen Kuraufenthalt oder mangelnde häusliche Pflege ersetzen soll oder etwa der Physiotherapie dient.

Bei allen mit einem Kennzeichen (*) versehenen Krankenanstalten oder Abteilungen von Anstalten besteht ein Leistungsanspruch nur dann, wenn der Versicherer die Leistung vor Beginn der stationären Heilbehandlung schriftlich zugesagt hat.

Die Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung ersetzt die nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erforderliche Vorbewilligung.