

**ANTRAG AN DIE MERKUR VERSICHERUNG AG AUF FORTSETZUNG DER BISHER
ÜBER DEN WOHLFAHRTSFONDS DER ÄRZTEKAMMER NIEDERÖSTERREICH GEMÄSS
§ 41 Abs. 1 BESTEHENDEN KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG**

Pol.Nr. _____

Daten zum/zur Versicherungsnehmer:in:

Titel, Vorname, Nachname

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

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

Ich beantrage bei der Merkur Versicherung AG die Fortsetzung meiner über den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Niederösterreich bestehenden Krankheitskostenversicherung zu den bisher über den Wohlfahrtsfonds bestehenden Bedingungen.

Die Fortführung bei der Merkur Versicherung AG erfolgt in Form eines gleichartigen Tarifs ohne Wartezeit und ohne Risikoprüfung in der Einzelversicherung. Dieser Einzelversicherungstarif unterliegt den bei der Merkur Versicherung AG gültigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

Der Antrag auf Fortsetzung gilt für nachstehend angeführte Personen:

Versicherte Personen:

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Titel, Vorname, Nachname, Geb.Datum

Adresse (Postleitzahl, Ort, Straße)

Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer:in



Polizzenummer:

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 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 datschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-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 datschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-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. 13f 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 udgl., 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-Hötzendorf-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 mitzuversichernden
Personen ggf. als gesetzliche/r Vertreter

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