

Krankenversicherung

Ergänzendes vorvertragliches Informationsblatt
für Krankenversicherungsprodukte (DIP aggiuntivo Danni)

MERKUR

Produkt: Unfall Sonderklasse

September 2024
letzte verfügbare Version



Das vorliegende Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Krankenversicherungsprodukte (DIP Danni), um dem potenziellen Versicherungsnehmer die Produkteigenschaften, die vertraglichen Verpflichtungen und die Vermögenssituation des Unternehmens verständlich und detailliert darzustellen.

Vor der Unterzeichnung des Versicherungsvertrages muss der Versicherungsnehmer Einsicht in die Versicherungsbedingungen nehmen.

Die **Merkur Versicherung AG** ist ein österreichisches Versicherungsunternehmen in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft, mit Geschäftssitz und Generaldirektion in der Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz (Österreich), Telefon: +43 316 8034-0, Internetseite: www.merkur.at, E-Mail: merkur@merkur.at, PEC-Mail: office.merkur@legalmail.it

Kontaktstelle für Südtirol:

Regionaldirektion West, Leopoldstraße 17, A- 6020 Innsbruck, Telefon: +43 512 598 40-3737, Fax: +43 512 598 40-3729, Internetseite: www.merkur-versicherung.it, E-Mail: office@merkur-versicherung.it

Der Versicherer ist im Firmenbuch des Landesgerichts Graz als Handelsgericht unter der Nummer FN 38045z eingetragen und übt die Versicherungstätigkeit aufgrund der von der zuständigen österreichischen Aufsichtsbehörde (Finanzmarktaufsicht „FMA“) erteilten Konzession aus. Der Versicherer untersteht der Kontrolle der vorgenannten Aufsichtsbehörde. Die Merkur Versicherung AG ist zur Ausübung der Versicherungstätigkeit im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs gemäß Artikel 24 Legislativdekret vom 7. September 2005 („Versicherungskodex“) in Italien angemeldet und im Register der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nummer II.00799 eingetragen.

Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz (2023) entspricht das Eigenkapital der Merkur Versicherung AG einem Betrag in Höhe von EUR 156,51 Millionen (EUR 76,90 Millionen für die Krankenversicherung, EUR 53,86 Millionen für die Sach- und Unfallversicherung und EUR 25,75 Millionen für die Lebensversicherung). Das Grundkapital beträgt EUR 11,70 Millionen (EUR 2,92 Millionen für die Krankenversicherung, EUR 2,21 Millionen für die Sach- und Unfallversicherung und EUR 6,57 Millionen für die Lebensversicherung). Die Rücklagen (Kapital-, Gewinn-, und Risikorücklagen) belaufen sich auf insgesamt EUR 144,72 Millionen (EUR 73,89 Millionen für die Krankenversicherung, EUR 51,65 Millionen für die Sach- und Unfallversicherung und EUR 19,18 Millionen für die Lebensversicherung).

Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz entspricht die Solvabilitätsrate 270,10 %. Die Mindestkapitalanforderung beträgt EUR 91,93 Millionen wobei die Solvenzkapitalanforderung EUR 367,72 Millionen beträgt.

Die weiteren Informationen zur Vermögenslage und Solvabilität des Unternehmens entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter <https://www.merkur-versicherung.it/solvency>.

Das Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer unterliegt österreichischem Recht. Für den Fall, dass zwingende Regelungen des italienischen Rechts für den Versicherungsnehmer günstiger sind, gehen diese dem österreichischen Recht vor.



Was ist versichert?

Versichert sind (Grunddeckung):

- die Kosten (Operationskosten, Honorare, Aufenthaltskosten, Materialkosten) einer medizinisch notwendigen stationären oder ambulanten operativen Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus in Südtirol und Tirol infolge Unfall
- die Kosten für eine Begleitperson für versicherte Kinder bis zum 18. Lebensjahr.
- Behandlung als Privatpatient bei niedergelassenen Ärzten nach schul- und alternativmedizinischen (z.B.: Homöopathie, Akupunktur) Methoden infolge Unfall
- Diagnostische Untersuchungen infolge Unfall
- Direktverrechnung mit Vertragskrankenhäusern
- Weltdeckung, wenn der medizinische Standard in Südtirol und Tirol nicht gegeben ist infolge eines Unfalls
- erweiterte Weltdeckung bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt im Rahmen einer Urlaubsreise von bis zu 4 Wochen infolge eines Unfalls
- ambulante Heilbehandlungen im Ausland (außerhalb der autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. Tirol) bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu 4 Wochen
- Rückholdienst aus dem Ausland (außerhalb der autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. Tirol) inkl. Nachreise (auch Überführung)
- Hubschrauberkosten bei Unfall

Der Umfang der Deckungsleistungen ist auf die Deckungssumme, den vorgesehenen Höchstbetrag bzw. Höchstsatz sowie die mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Versicherungssummen beschränkt.

Optionen mit Reduzierung der Prämie

Es sind keine Optionen zur Reduzierung der Prämie vorgesehen, allerdings bestehen bei Prämienanpassung die folgenden Möglichkeiten:

- **Widerspruch bei Prämienanpassung**

Der Versicherungsnehmer hat das Recht der vom Versicherer vorgenommenen Prämienanpassung zu widersprechen und die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessenen geänderten Leistungen zu verlangen.

Zusätzliche Optionen mit Zuzahlung einer Zusatzprämie

- **Vorerkrankungen**

Die vor Versicherungsbeginn entstandenen Erkrankungen und Unfallfolgen können zu besonderen Bedingungen (höhere Prämie, Wartezeiten) in den Versicherungsschutz eingeschlossen werden.

Folgende Leistungen können je nach gewähltem Tarif zusätzlich versichert werden:

- Bis zum 35. Lebensjahr ist jeweils zum Versicherungsjahresende eine jährliche, begünstigte Umstellung in einen höherwertigen Spitalskostentarif möglich.



Was ist NICHT versichert?

Personen und Risiken, die nicht versichert sind

- Versicherte, die ihren Hauptwohnsitz nicht in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol haben
- bestimmte Vorerkrankungen des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten und Unfallfolgen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind
- Zahnbehandlungen und Implantationen
- Künstliche Befruchtungen und deren Folgen
- geschlechtsangleichende Operationen
- Kosmetische Behandlungen und Produkte
- Präventive Behandlungen und Eingriffe
- Maßnahmen zur Empfängnisverhütung
- Eingriffe wegen Übergewicht
- nichtärztliche Hauspflege sowie Maßnahmen der Geriatrie und Pflege
- nicht in Italien und Österreich registrierte Arzneimittel
- Nahrungsergänzungsmittel, Nahrungsmittel für besondere medizinische Zwecke
- bestimmte Heilbehelfe wie Inhalationsapparate, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferstellungen etc.
- Körperersatzstücke, Implantate und sonstige therapeutische Behelfe, z.B. Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen
- Eigenbehandlung, Behandlung durch Familienangehörige
- Stationäre Heilbehandlungen in bestimmten Krankenanstalten wie z.B. für psychische Erkrankungen bzw. für psychosomatische Behandlungen oder für Rehabilitationsmaßnahmen
- Erforderliche Heilbehandlungen infolge von bestimmten Krankheiten und Unfällen, z.B. als Folge des Genusses von Alkohol oder Suchtgiften



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Höchstbeträge je Kalenderjahr, Behandlungs- und Leistungsart
- **Allgemeine Wartezeit:** 3 Monate (ausgenommen bei Unfällen und gewissen Infektionskrankheiten)
- Prozentuelle Rückvergütung und Einhaltung der üblichen Nutzungsdauer für bestimmte Leistungen
- Bestimmte Zimmerkategorien
- **Subsidiarität:** der Versicherer zahlt für einen Leistungsfall nur, sofern kein Leistungsanspruch aus einer anderen Versicherung besteht
- Regressanspruch § 67 VersVG:
Gemäß § 67 VersVG geht – für den Fall, dass dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zusteht – der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt.



Welche Verpflichtungen habe ich? Welche Verpflichtungen hat das Unternehmen?

Was ist im Schadensfall zu tun?	<p>Schadensmeldung: Der Antrag auf Direktverrechnung mit den Vertragskrankenhäusern ist bei der Merkur Versicherung AG schriftlich zu stellen. Direktverrechnung mit Vertragskrankenhäusern ist möglich bei Krankenhäusern und Kliniken in Südtirol und Tirol, die im entsprechenden Verzeichnis in den BVBs aufscheinen.</p> <p>Wird hingegen der Kostenersatz für stationäre oder ambulante Leistungen, Heilbehelfe- oder Medikamente beantragt, sind die saldierten Originalrechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen und eventuelle andere Belege via E-Mail oder Fax an den Versicherer zu senden.</p> <p>Hat der Versicherer den Kostenersatz abgelehnt, muss der Anspruch innerhalb von 2 Jahren ab der schriftlichen Mitteilung darüber gerichtlich geltend gemacht werden.</p> <p>Verjährung: Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) binnen drei Jahren ab Fälligkeit der Leistung, wobei diese Frist gegenüber Dritten erst ab Kenntnis des Rechts auf die Leistung des Versicherers zu laufen beginnt. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein. Die Verjährung tritt jedenfalls nicht vor der Verjährungsfrist gem. Art. 2952 C.c. ein, dh. frühestens 2 Jahre ab Eintritt des Tatbestands, auf welchen sich der versicherungsrechtliche Anspruch stützt.</p>
Unrichtige oder unvollständige Angaben	<p>Die Merkur Versicherung AG muss vollständig und ehrlich über das versicherte Risiko informiert werden – vor Vertragsabschluss und während der Vertragslaufzeit. Alle Fragen im Antragsformular, insbesondere zu bestehenden Vorerkrankungen, sind vollständig und ehrlich zu beantworten.</p> <p>Bis zu dem Tag, an dem Sie die Polize erhalten, ist der Versicherer schriftlich über Änderungen zu informieren z.B. über gesundheitliche Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Behandlungen, Schwangerschaft.</p> <p>Falsche oder unvollständige Angaben bei Vertragsabschluss können den Versicherungsschutz beeinträchtigen oder zum gänzlichen Verlust des Versicherungsschutzes führen. Dies gilt auch für eventuelle spätere Änderungen, die zu einer Risikoerhöhung führen.</p>
Mitwirkungspflicht	<p>An der Feststellung des Versicherungsfalles und seiner Folgen ist mitzuwirken, z.B. sind Aufenthaltsbestätigungen, Rechnungen und ärztliche Unterlagen an den Versicherer zu übermitteln; bei physikalischen Therapien und ganzheitsmedizinisch ambulanten Heilbehandlungen ist eine ärztliche Verordnung erforderlich.</p>
Verpflichtungen des Versicherers	<p>Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt im Leistungsfall nach Überprüfung der übermittelten Belege durch den Kunden bzw. durch das Vertragskrankenhaus.</p>



Wann und wie zahle ich?

Prämie	<p>Die Prämie beim Tarif MHUST/24F ist durch den Dienstgeber der versicherten Person an die Merkur Versicherung AG, mittels Einzugsverfahren (SEPA) entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zu bezahlen.</p> <p>Die Prämienzahlung erfolgt monatlich im Voraus. Die Prämie bei den Tarifen MHUST/24 und MHUST/24O ist direkt an die Merkur Versicherung AG, mittels Einzugsverfahren (SEPA) entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zu bezahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich im Voraus.</p> <p>Die Prämien enthalten die gesetzliche (italienische) Versicherungssteuer, welche getrennt in der Police angeführt wird.</p> <p>Der Versicherer kann eine Wertanpassung der Prämie und der Versicherungssummen vornehmen, wenn sich bestimmte Faktoren ändern (Kosten im Gesundheitswesen gemäß ISTAT-Index, durchschnittliche Lebenserwartung, Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen, gesetzlich behördlich oder vertraglich festgelegte Entgelte der Einrichtungen des Gesundheitswesens). Durch die Wertanpassung kann die Prämie entweder erhöht oder verringert werden. Dies erfolgt zu bestimmten Stichtagen (bis zu viermal im Jahr).</p>
Rückzahlung	<p>Bei Vertragsrücktritt des Versicherers erfolgt keine Rückerstattung der Prämie.</p> <p>Bei Rücktritt des Versicherungsnehmers innerhalb von 14 Tagen ab Vertragsschluss muss der Versicherer die eventuell geleistete Prämiensumme ohne Abzüge zurückzahlen, sofern sie über die anteilmäßige Prämie für den für diesen Zeitraum geleisteten Versicherungsschutz hinausgeht.</p>



Wann beginnt und endet die Deckung?

Dauer	<p>Die Versicherungsdeckung beginnt an dem in der Police angegebenen Zeitpunkt. Dies unter der Voraussetzung der fristgerechten Bezahlung der ersten Prämie und nach Ablauf der vorgesehenen Wartezeiten.</p> <p>Der Versicherungsschutz gilt lebenslang. Er endet erst bei Kündigung durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer, bei Verlegung des Wohnsitzes an einen Ort außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol, bei Ausscheiden aus der Gruppenversicherung oder im Todesfall.</p>
Stilllegung	<p>Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag nicht stilllegen.</p>



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Rücktritt ohne Angabe von Gründen nach Vertragsschluss

Rücktrittsrecht nach § 5c VersVG

1. Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen in geschriebener Form (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.
2. Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (=Zusendung der Polizza 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, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84 in 8010 Graz (Österreich) 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, es sei denn, diese Belehrung wäre derart fehlerhaft, dass sie Ihnen die Möglichkeit nimmt, Ihr Rücktrittsrecht im Wesentlichen unter denselben Bedingungen wie bei zutreffender Belehrung auszuüben.

Rücktrittrecht nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)

1. Sie sind als Verbraucher im Sinne des (§1 Abs.1 Z2) Konsumentenschutzgesetz berechtigt, ohne Angaben von Gründen vom Vertrag zurücktreten, 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 all dieser Bedingungen und Informationen zu laufen.
4. Innerhalb der Rücktrittsfrist darf mit der Erfüllung des Vertrages erst mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung begonnen werden.
5. Der Rücktritt ist schriftlich an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 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 erbrachten Dienstleistungen nach § 12 FernFinG verlangen.
7. Wird der Rücktritt nicht innerhalb der Rücktrittsfrist erklärt, sind Sie an den Vertrag gebunden.

Auflösung

Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des dritten Versicherungsjahres mit einer Frist von 60 Tagen zu kündigen. Im Anschluss daran kann der Versicherungsnehmer den Vertrag jährlich zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Kündigungsfrist von zwei Monaten kündigen.

Weiters haben Sie das Recht, den Vertrag in den folgenden Fällen zu kündigen:

- bei einseitiger Erhöhung der Prämie oder Leistungsverminderung durch den Versicherer infolge der Verletzung der Anzeigepflicht
- bei Aufnahme eines Versicherten in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke, in ein Pflegeheim oder in eine dauerhafte häusliche Pflegebetreuung
- bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers
- bei Kündigung seitens des Versicherers
- bei Widerspruch gegen die Prämienanpassung



An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkt richtet sich an Privatpersonen, die ihren Hauptwohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol haben und eine Ergänzung zur gesetzlichen Sozialversicherung im stationären und ambulanten Bereich suchen.



Für welche Kosten muss ich aufkommen?

Vermittlungskosten

Der Anteil, den die Vermittler beziehen, beträgt durchschnittlich 15,00 %.

Wie melde ich Beschwerden und kann Streitigkeiten beilegen?

An das Versicherungsunternehmen

Der Versicherungsnehmer sowie die versicherte Person dieses Vertrages haben die Möglichkeit der Einreichung einer Beschwerde beim Beschwerdemanagement der Merkur Versicherung AG unter meinanliegen@merkur.at oder mittels Online-Formular unter www.merkur.at/beschwerde-lob.

Diese Beschwerde kann auch postalisch an die Merkur Versicherung AG, Beschwerdemanagement, A-8010, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, gesandt werden. Eine Beschwerde im Sinne des Beschwerdemanagements ist eine Äußerung aufgrund erheblicher Unzufriedenheit im Hinblick auf den Versicherungsvertrag, die erbrachte Leistung, die Dauer der Bearbeitung als auch das Verhalten eines Mitarbeiters.

Die Beschwerde muss, sofern sie nicht mittels Online-Formular eingereicht wurde, folgende Daten enthalten:

- Vor- und Nachname und vollständige Adresse des Beschwerdeführers
- Polizzenummer und Daten des Beschwerdeführers
- Eine eventuell vorhandene Schadennummer
- Grund der Beschwerde und Schilderung des Sachverhalts

Die Beschwerden, die das Verhalten von Brokern oder Mehrfachagenturen betreffen, müssen direkt an diese gesendet werden.

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.

An das IVASS

Im Falle einer unzureichenden oder verspäteten Antwort ist es möglich sich an das IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, Fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it, Info auf: www.ivass.it, zu wenden.

<p>An das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz</p>	<p>Weiteres können Sie Ihre Beschwerde auch an das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz richten:</p> <p>Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz</p> <p>Stubenring 1, A-1010 Wien Telefon: (+43-1) 71100/862516 oder 862501 E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at</p>
<p>An den VVO</p>	<p>Darüber hinaus können Sie Ihre Beschwerde auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs richten:</p> <p>Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)</p> <p>Schwarzenbergplatz 7, A-1030 Wien Homepage: www.vvo.at</p>
<p>An die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte</p>	<p>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.</p>

Bevor der Rechtsweg beschritten wird, ist es auch möglich, eine der folgenden alternativen Streitbereinigungsverfahren zu nutzen:

<p>Mediation</p>	<p>Sie können sich an eine Schlichtungsstellen wenden, die auf der Homepage des Justizministeriums aufgelistet sind: www.giustizia.it (Gesetz 09.08.2013, Nr. 98). Die Vornahme eines Mediationsversuchs ist eine Bedingung für das zivilrechtliche Gerichtsverfahren.</p>
<p>Verhandlung mit Rechtsbeistand</p>	<p>Um zu einer einvernehmlichen Lösung des Streitfalls zu kommen, kann der Rechtsanwalt des Versicherungsnehmers beim Versicherer einen Antrag auf ein Verhandlungsverfahren beantragen.</p>
<p>Andere Verfahren um Streitigkeiten beizulegen</p>	<p>Im Falle grenzüberschreitender Streitigkeiten zwischen einem Versicherungsnehmer, der Bürger eines Mitgliedstaates ist und einem Unternehmen, welches seinen Firmensitz in einem anderen Mitgliedstaat hat, kann der in Italien ansässige Beschwerdeführer seine Beschwerde an die italienische Versicherungsaufsicht IVASS oder direkt an die zuständige ausländische Schlichtungsstelle richten.</p> <p>In diesem Fall kann ein Antrag zur Schlichtung an die FIN-NET gestellt oder die zuständige ausländische Schlichtungsstelle unter http://ec.europa.eu/finance/fin-net ermittelt werden.</p>

Lesen Sie vor dem Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens die Empfehlungen und Hinweise im Versicherungsantrag aufmerksam durch. Unrichtige oder unvollständige Angaben können den Anspruch auf die Versicherungsleistung beschränken oder ausschließen.

Für diesen Vertrag gibt es EIN Online-Kundenportal (sog. „HOME INSURANCE“). Das bedeutet, dass Ihnen nach Unterzeichnung des Vertrages ein Kundenportal zur Verfügung steht und der Vertrag online verwaltet werden kann.