

die versicherung
ohne wenn und aber

muki[®]



Bestens abgesichert mit **FamilyPlus**

Die ideale Familienversicherung mit **Begleitkostenplus**



**inkl. weltweitem
Urlaubsreiseschutz**



Ihre Meinung ist uns wichtig ...



Kathrin F. schreibt:

Sehr geehrtes muki-Team,

*... bei einer so schweren Operation war es für uns eine große Unterstützung, **dass ich bei meinem dreijährigen Sohn im Spital bleiben konnte**. Die Omi – meine Mutter – hat vor Freude geweint, als wir ihr gesagt haben, dass Lukas mit seinen Schmerzen nicht allein bleiben muss. Herzlichen Dank dafür! ...*

Familie L. aus Kapfenburg schreibt:

*... Die Angst um unsere kleine Jana und der Organisationsstress um den abgebrochenen Urlaub haben uns schon sehr mitgenommen. **Wie schön, dass muki uns so schnell und umfassend geholfen hat!** So konnten wir uns ganz auf das Wichtigste konzentrieren: Dass Jana die bestmögliche Behandlung erhält. Und als die Ferien vorbei waren, hatte muki die Abrechnung schon erledigt. Jetzt denkt Jana schon kaum mehr an die Schmerzen.*

Im Namen meiner ganzen Familie danke ich Ihnen von Herzen ...

Irene M. schreibt:

Liebe Frau Spiessberger, liebes muki-Team,

*vielen Dank noch einmal für Ihre schnelle Reaktion und die Unterstützung im und nach dem Krankenhaus. **Für mich war es ein großer Trost, nachts bei meinem kleinen Hasen sein zu können**. Auch mein Mann ist jetzt sehr von muki überzeugt, unsere Haushalts- und Autoversicherung wollen wir noch bis Ende des Jahres zu Ihnen umdecken ...*

Andrea U. schreibt:

Hallo muki,

*noch nie habe ich mich bei einer Versicherung so gut aufgehoben gefühlt. Wenn beide Eltern arbeiten müssen, ist eine langwierige Erkrankung wie bei unserem zehnjährigen Sohn ein einziges Chaos aus Organisation, Stress und Zeitnot. Dank muki müssen wir uns **keine Sorgen über horrendes Krankenhaus- und Arztrechnungen** machen, im Moment hilft uns aber ganz besonders die Zuhause-Betreuung. So bleibt uns mehr Zeit für unseren Christian, und ich bin überzeugt, dass er so auch schneller gesund wird.*

Vielen Dank ...

Gernot P. schreibt:

...Besonders froh war ich über die Sonderklasse-Behandlung nach meinem Unfall. Ich möchte mir nicht vorstellen, wie ich mich mit meinen Schmerzen in einem Dreier- oder Viererzimmer gefühlt hätte. Die Versorgung durch Ärzte und Schwestern war erstklassig. Herzlichen Dank für die prompte Übernahme der Kosten!...



10 gute Gründe, sich für muki **FamilyPlus** zu entscheiden

Weil

1. unserer Familie bei einem KH-Aufenthalt **keinerlei Kosten** erwachsen.
2. eine **Sonderklassebehandlung** nach einem Unfall **EU-weit** für die ganze Familie **gedeckt** ist.
3. ich mein(e) Kind(er) immer ins Spital begleiten kann und die **Kosten** dafür **übernommen** werden.
4. wir bei einem Spitalsaufenthalt eines Elternteiles auch für **Zuhause Unterstützung** erhalten.
5. auch **krank** Kinder und **solche mit besonderen Bedürfnissen** Versicherungsschutz genießen – ohne Wenn und Aber.
6. wir im Urlaub bei Krankheit oder Unfall **weltweit** mit der Flug-Ambulanz **rückgeholt** werden.
7. wir **keine** extra **Stornoversicherung** für **Reisebuchungen** benötigen.
8. wir uns **die Prämie** leisten können.
9. unsere Anliegen **taggleich** erledigt werden.
10. sich muki seit mehr als **30 Jahren** für Familien einsetzt.

Wenn ein Kind erkrankt

Wenn ein Elternteil erkrankt



Begleitkosten plus

- + Voller Kostenersatz für die Begleitperson eines versicherten Kindes**
bis zum vollendeten 12. Lebensjahr; öffentliches KH 100 %, Privatklinik € 75,-/Tag, Ausland: alle KH € 150,-/Tag
- + Kostenersatz für Betreuungshilfe für Zuhause**
bis zum vollendeten 12. Lebensjahr; max. € 800,-/Jahr
- + Haus-Krankenpflege durch Pflegefachkräfte**
bis zum vollendeten 12. Lebensjahr; € 15,-/Stunde; max. € 800,-/Jahr
- + Kostenersatz für externe Übernachtung und Verpflegungskosten**
bis zum vollendeten 19. Lebensjahr, weltweit gültig, € 35,-/Übernachtung

- **Kostenersatz für den Selbstbehalt**
EU-weit gültig, allgemeine Klasse 100 %
- **Krankentransport**
EU-weit gültig, € 150,-/Fall, max. € 1.100,- pro Familie und Jahr
- **Kostenersatz für Betreuungshilfe für Zuhause**
max. € 800,-/Jahr; bei Hausgeburten bzw. ambulanten Entbindungen höchstens 4 Tage 100 %

- **Kostenersatz für den Selbstbehalt**
im EU-Ausland, allgemeine Klasse 100 %
- **Besuchskosten-Ersatz**
bis zum vollendeten 19. Lebensjahr; € 18,-/Tag, € 180,-/Fall, € 900,-/Jahr
- **Ambulante operative Heilbehandlung**
bis zum vollendeten 19. Lebensjahr; bis zu OP-Gruppe IV; max. € 1.100,-
- **Hausbesuche des Arztes**
bis zum vollendeten 19. Lebensjahr; bis zu € 60,-/Hausbesuch
- **Operationen im Ausland**
weltweit gültig, bis zum vollendeten 19. Lebensjahr; max. € 4.000,-
- **Kur- und Erholungsaufenthalt**
bis zum vollendeten 19. Lebensjahr; € 15,-/Tag, max. 21 Tage; pro 3 Jahre € 315,- / Familie
- **Krankentransport**
EU-weit gültig, € 150,-/Fall, max. € 1.100,- pro Familie und Jahr
- **Bestattungskosten**
bis zum vollendeten 19. Lebensjahr; max. € 2.500,-



Nach einem Unfall Sonderklassebehandlung für die ganze Familie



Versicherungsschutz im Urlaub für die ganze Familie



Begleitkosten plus

- + Voller Kostenersatz für die Begleitperson eines versicherten Kindes**
bis zum vollendeten 12. Lebensjahr; öffentliches KH 100 %, Privatklinik € 75,-/Tag; Ausland: alle KH € 150,-/Tag
 - + Kostenersatz für Betreuungshilfe für Zuhause**
bis zum vollendeten 12. Lebensjahr; max. € 800,-/Jahr
 - + Haus-Krankenpflege durch Pflegefachkräfte**
bis zum vollendeten 12. Lebensjahr; € 15,-/Stunde bis zu max. € 800,-/Jahr
 - + Kostenersatz für externe Übernachtung und Verpflegungskosten**
bis zum vollendeten 19. Lebensjahr, weltweit, € 35,-/Übernachtung
- **Sonderklasse-Heilbehandlung wegen Unfallfolgen**
EU-weit gültig, 100 % Kostenersatz in Vertrags-Krankenhäusern
 - **Ersatzkrankenhaustagegeld wegen Unfallfolgen**
EU-weit gültig, Allgemeine Klasse € 70,- f. Erwachsene / € 37,- f. Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr
 - **Kostenersatz für den Selbstbehalt**
EU-weit gültig, allgemeine Klasse 100 %
 - **Besuchskosten-Ersatz**
EU-weit gültig, bis zum vollendeten 19. Lebensjahr; € 18,-/Tag, € 180,-/Fall, € 900,-/Jahr
 - **Krankentransport**
EU-weit gültig, € 150,-/Fall, max. € 1.100,- pro Familie und Jahr
 - **Bestattungskosten** bis zum 19. Lebensjahr, max. € 2.500,-

- **Reisestorno**
weltweit gültig, ganze Familie; Selbstbehalt 20 %, mind. € 200,-
- **Kostenersatz bei Reiseabbruch oder -verlängerung**
weltweit gültig, ganze Familie; nicht genutzte Reisekosten bis € 4.000,-/ Familie; Reise-Verlängerung max. € 2.000,-/ Familie; Umbuchung für Flug max. € 1.100,-
- **Nottransport auf dem Luftweg weltweit nach Hause**
ganze Familie, ausgenommen Österreich
- **Kostenersatz für Spital, Ärzte und Medikamente**
ganze Familie, weltweit gültig, ausgenommen Österreich max. € 4.000,-
- **Nachsendung von Medikamenten**
ganze Familie, weltweit gültig, ausgenommen Österreich Kostenersatz 100 %
- **Bergung und Primärtransport im Urlaub**
ganze Familie, weltweit gültig, ausgenommen Österreich € 1.450,-/Fall
- **Ersatz für Begräbnis- bzw. Überstellungskosten**
ganze Familie, weltweit gültig, ausgenommen Österreich Kostenersatz 100 %, max. € 8.000,-

muki Kinder-Unfall-*Exklusiv*schutz

Die ideale Ergänzung zu muki FamilyPlus für Kinder von 0–15 Jahren



Die gesetzliche Unfallversicherung reicht nicht aus

Überzeugen Sie sich selbst von der Wichtigkeit einer privaten Unfallversicherung anhand dieses Falles:

Beim Spielen stürzt der 3-jährige Jakob sehr unglücklich gegen eine Glastüre und zieht sich dabei eine Augenverletzung zu. Durch einen großen Splitter wird der Augapfel des Buben so stark verletzt, dass er auf dem linken Auge erblindet.

Leistungen für den kleinen Jakob ...

... aus der gesetzlichen Unfallversicherung	... aus dem muki Kinder Unfall- <i>Exklusiv</i> schutz Premium
<p>Da der kleine Jakob noch nicht zur Schule geht: NICHTS</p> <p>Aber auch, wenn der Unfall in der Schule passiert wäre, wäre der Schutz aus der gesetzlichen Unfallversicherung gering. Bei einer angenommenen Erwerbsminderung von 50 % (Stand 2017):</p> <ul style="list-style-type: none">• einmaliges Versehrtengeld in Höhe von € 3.441,51• ab dem voraussichtlichen Ende der Schulausbildung eine monatl. Rente zwischen € 470,36 und € 705,57 – je nach Alter des Unfallopfers <p>Bis zum 18. Lebensjahr erhält der kleine Jakob in diesem Beispiel insgesamt knapp € 19.755,-</p>	<p>€ 315.000,- für Dauerinvalidität</p> <p>gegebenenfalls kosmetische Operationen, Zahnersatz, u.v.m.</p> <p>Bei mündelsicherer Veranlagung steht ihm zum 18. Lebensjahr eine wesentlich höhere Summe als € 315.000,- zur Verfügung</p>

Mit dem muki Kinder-Unfall-*Exklusiv*schutz werden die Zukunftssorgen des kleinen Jakob und dessen Eltern gemildert.

muki Kinder-Unfall-*Exklusiv*schutz

Leistungen	Standard	Premium
Dauerinvalidität Grundsumme	€ 80.000	€ 105.000
Leistungsaufwertung der Grundsumme bei 100% Invalidität	€ 240.000	€ 315.000
Unfalltod	€ 3.000	€ 4.000
Unfallkosten bis	€ 2.000	€ 3.000
Hubschrauber-Bergungskosten	€ 8.000	€ 10.500
kosmetische Operation nach einem Unfall bis	€ 4.000	€ 6.000
Kostenersatz für behinderungsbedingte Mehraufwendungen bis	€ 4.000	€ 6.000
Zahnersatz nach einem Unfall bis	€ 500	€ 500
Zuschuss zum Nachhilfeunterricht	€ 300	€ 450
Erhöhte Invaliditätsleistungen		
Bei Verlust bzw. völliger Funktionsunfähigkeit werden folgende Summen zur Auszahlung gebracht	z.B. eines Auges eines Armes eines Beines	€ 240.000 € 240.000 € 240.000
		€ 315.000 € 315.000 € 315.000

Nachstehende Ereignisse zählen auch als Unfall

- **Ertrinken**
- **Verbrennungen, Verbrühungen**, Einwirkung von **Blitzschlag** oder elektrischem **Strom**
- **Einatmen von Gasen** oder **Dämpfen, Einnehmen von giftigen** oder **ätzenden Stoffen**, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
- **Verrenkungen** von Gliedern sowie **Zerrungen und Zerreißen** von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindl. Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf
- Bei durch **Zeckenbiss übertragener FSME** sowie **Lyme-Borreliose, Kinderlähmung**
- **Nahrungsmittelvergiftung**
- **Verschlucken von festen Gegenständen**
- **Impffolgeschäden**
- **Infektionskrankheiten** infolge **Hautverletzung von Tieren, Schlangenbissen** oder **Insektenstichen**
- **Beitragsbefreiung im Todesfall**: stirbt der Familienerhalter während der Vertragslaufzeit, werden die Kinder für weitere 5 Jahre – längstens bis Vollendung des 15. Lebensjahres – prämienfrei weiterversichert
- **Medizinische und soziale Hilfestellung / Unterstützung nach einem Unfall**
Rehabilitationsmanagement (weitere Leistungen siehe Bedingungen)

Prämienübersicht Familientarif FamilyPlus

für Alleinerziehende	Monatsprämie		Monatsprämie
1 Erwachsener (4,30) 1 Kind (5,75)	€ 10,05	2 Erwachsene (2 x 4,30) 1 Kind (5,75)	€ 14,35
1 Erwachsener (4,30) 2 Kinder (5,75 + 3,29)	€ 13,34	2 Erwachsene (2 x 4,30) 2 Kinder (5,75 + 3,29)	€ 17,64
1 Erwachsener (4,30) 3 Kinder (5,75 + 2 x 3,29)	€ 16,63	2 Erwachsene (2 x 4,30) 3 Kinder (5,75 + 2 x 3,29)	€ 20,93
1 Erwachsener (4,30) 4 & mehr Kinder (5,75 + 3 x 3,29)	€ 19,92	2 Erwachsene (2 x 4,30) 4 & mehr Kinder (5,75 + 3 x 3,29)	€ 24,22

Prämien sind Monatsprämien inkl. 1 % Vers.Steuer.

Als Kinder gelten leibliche, Stief-, Pflege- und Adoptivkinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr.

Nach diesem Tarif muss der gesamte Familienverband versichert sein. werdende Mütter sichern durch rechtzeitige Vorsorge ab Geburt uneingeschränkten Versicherungsschutz für ihr Baby (ausgenommen besondere Wartezeiten für Kur- und Erholungsaufenthalte sowie für Operationen im Ausland 24 Monate, Begräbniskosten 12 Monate). Jedes Kind ist ab Geburt mitversichert, wenn spät. 3 Monate vor der Geburt der Antrag bei muki eingegangen ist und die Mitversicherung des Kindes binnen 2 Monaten nach der Geburt beantragt wurde. Die Versicherung einzelner Familienmitglieder ist nicht möglich.

Ein Tipp:

Bei Unfällen in der Freizeit übernimmt die gesetzliche Unfallversicherung nur die Behandlungskosten, eine weitreichende Absicherung fehlt. Sorgen Sie daher mit Europas günstigster Kinderunfallversicherung vor. Im Kombi-Angebot mit **FamilyPlus** können Sie den **muki Kinderunfall-Exklusivschutz** zu folgenden Sonderkonditionen abschließen:

Prämienübersicht muki Kinder-Unfall-Exklusivschutz

	Standard Grundsumme € 80.000 Leistungen bis € 240.000 monatlich / jährlich	Premium Grundsumme € 105.000 Leistungen bis € 315.000 monatlich / jährlich	Ersparnis
1 Kind	€ 3,99 / € 47,88	€ 5,27 / € 63,24	Ab dem 2. Kind 50% Prämienermäßigung pro Kind, ab dem 5. Kind jedes weitere Kind gratis mitversichert.
2 Kinder	€ 5,99 / € 71,88	€ 7,91 / € 94,92	
3 Kinder	€ 7,98 / € 95,76	€ 10,54 / € 126,48	
4 & mehr Kinder	€ 9,98 / € 119,76	€ 13,18 / € 158,16	

Zahlbar jährlich oder halbjährlich. Prämien inkl. 4 % Vers.Steuer.

So einfach sichern Sie sich Ihren Schutz
Antrag ausfüllen und per Post, Fax oder e-mail an:

muki, wirerstraße 10, 4820 bad ischl, fax: 05 0665-4200, kranken-unfall@muki.com

Vermittlernummer:

Antrag

Antrag nach den derzeit geltenden Allgemeinen Bedingungen und Besonderen Bedingungen.

Versicherungsbeginn:

1. des laufenden Monats 1. des Folgemonats

Antragsteller / Versicherungsnehmer:

Angaben zum Gesundheitszustand*

P1	Familienname, Titel	Vorname	SV-Anst. / Nr.	Geb.datum	Größe / Gewicht	männl. / weibl.	Bestehende Leiden/Unfälle/ Vorerkrankungen*
	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft						<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
	PLZ / Ort	Straße / Hausnummer		Tel.	e-mail		

Ehepartner, Lebensgefährte im gleichen Haushalt (Angabe zwingend erforderlich!):

P2	Familienname	Vorname	SV-Anst. / Nr.	Geb.datum	Größe / Gewicht	männl. / weibl.	Bestehende Leiden/Unfälle/ Vorerkrankungen*
							<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

bestehende Schwangerschaft ja

Schwangerschaftswoche

Geb. Termin

Kinder:

P3	Familienname	Vorname	SV-Anst. / Nr.	Geb.datum	Größe / Gewicht	männl. / weibl.	Bestehende Leiden/Unfälle/ Vorerkrankungen*
P4							
P5							
P6							

* Hiermit bestätige ich für alle versicherten Personen, dass alle vollkommen gesund sind, nachstehende Erkrankungen nicht bestehen und in den letzten Jahren keine Behandlung durchgeführt wurde. Wie z.B. Erkrankungen der Atmungsorgane; des Herzens und des Kreislaufsystems; des venösen und arteriellen Gefäßsystems; der Verdauungsorgane; des zentralen und peripheren Nervensystems und geistig/seelische Störungen; der Knochen, Gelenke, Muskeln und Sehnen; der Harn- und Geschlechtsorgane; des Blutes; der Drüsen; des Stoffwechsels; der Haut; der Ohren; der Augen; gut- und bösartige Tumore sowie Infektionskrankheiten und Allergien oder bestehen Missbildungen. Weiters waren Behandlungen wegen eines Unfalles, bzw. Unfallfolgen in den letzten Jahren nicht notwendig und eine Arbeitsunfähigkeit besteht nicht.

Person	Art der Krankheiten, Beschwerden, etc.	ärztl. Behandlung	OP	Krankenhaus	Jahr	ausgeheilt
.....	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

Ergänzende Angaben zum Gesundheitszustand:

Bitte alle zugehörigen Befunde/Arztbriefe/Unterlagen mit diesem Antrag einreichen. Name, Adresse, Tel.Nr. des Hausarztes

Besteht bzw. bestand eine private Krankenversicherung oder wurde eine solche beantragt? ja / nein

Versicherungsgesellschaft Pol. Nr. Datum der Kündigung

muki Krankenversicherung Tarif Family Plus

1 Erwachsener (alleinstehend) € 4,30	2 Erwachsene € 8,60
<input type="checkbox"/> mit 1 Kind € 10,05	<input type="checkbox"/> mit 1 Kind € 14,35
<input type="checkbox"/> mit 2 Kindern € 13,34	<input type="checkbox"/> mit 2 Kindern € 17,64
<input type="checkbox"/> mit 3 Kindern € 16,63	<input type="checkbox"/> mit 3 Kindern € 20,93
<input type="checkbox"/> mit 4 & mehr Kindern € 19,92	<input type="checkbox"/> mit 4 & mehr Kindern € 24,22

Monatsprämie inkl. 1% Vers. Steuer

€

muki Kinderunfall-Exklusivschutz mit Wertanpassung für alle Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

	Standard	Premium
Grundsumme	€ 80.000	€ 105.000
Leistungen	€ 240.000	€ 315.000
1 Kind	<input type="checkbox"/> € 3,99	<input type="checkbox"/> € 5,27
2 Kinder	<input type="checkbox"/> € 5,99	<input type="checkbox"/> € 7,91
3 Kinder	<input type="checkbox"/> € 7,98	<input type="checkbox"/> € 10,54
4 & mehr Kinder	<input type="checkbox"/> € 9,98	<input type="checkbox"/> € 13,18

Monatsprämie inkl. 4% Vers. Steuer

€

Gewünschte Zahlungsart/Bankverbindung:

Erlagschein Einzugsermächtigung
 monatlich (nur mit Einzugsermächtigung) vierteljährlich halbjährlich jährlich

Bezugsberechtigung im Todesfall:

der Versicherungsnehmer, wenn abweichend

Name

Anschrift..... Geburtsdatum

Kontoinhaber: Versicherungsnehmer abw. Name & Anschrift

IBAN: BIC:

Ich (Wir) ermächtige(n) den muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Zahlungen von meinem (unseren) Konto mittels SEPA-Lastschriften einzuziehen. Zugleich weise(n) ich (wir) mein (unser) Kreditinstitut an, die vom muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit auf mein (unser) Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen. Ich (Wir) kann (können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Datum der Belastung, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unseren) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

1. Besondere Hinweise und Bestimmungen

Der Antragsteller ist allein für die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben verantwortlich, auch wenn eine andere Person deren Niederschrift vornimmt.

Erfüllungsort für beide Teile ist der Sitz des Versicherers in Bad Ischl.

2. Anzuwendendes Recht und Vertragsgrundlagen

Dieser Versicherungsvertrag unterliegt österreichischem Recht. Weitere Vertragsgrundlagen bilden der Antrag sowie die darin enthaltenen Erklärungen, die vereinbarten Klauseln, der dem Vertrag zugrunde liegende Tarif sowie die zum Zeitpunkt des Abschlusses gültigen Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

3. Bindungsdauer

An den Antrag hält sich der Antragsteller 6 Wochen ab Antragstellung gebunden.

4. Angaben zum Antrag

Versicherungsanträge sowie sämtliche Anträge und Erklärungen des Versicherten müssen in geschriebener Form erfolgen, soweit nicht Schriftform (siehe unten Punkt 14) vereinbart wurde. Abmachungen und Erklärungen sind für den Versicherer nur verbindlich, wenn sie schriftlich ausgefertigt und von einer Verwaltungsstelle des Versicherers rechtsgültig gezeichnet werden. Vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages besteht kein Versicherungsschutz.

5. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Antragsteller und die zu versichernde Person sind 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 ihn anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

6. Vorläufige Deckung

In der Krankenversicherung wird keine vorläufige Deckung gewährt. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem in der Police bezeichneten Zeitpunkt.

7. Zuständige Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht (FMA), Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien

8. Rücktrittsrechte

Rücktrittsrecht nach § 3 Konsumentenschutzgesetz: Der Antragsteller, für den die beantragte Versicherung nicht zum Betrieb seines Unternehmens gehört, ist – sofern der Antrag außerhalb der vom Versicherer dauernd benutzten Räume unterfertigt wurde – berechtigt, von seinem Versicherungsantrag oder vom Vertrag zurückzutreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrages oder danach binnen 14 Tagen erklärt werden; der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb des genannten Zeitraumes abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht steht dem Antragsteller jedoch nicht zu, wenn er die geschäftliche Verbindung zwecks Schließung des Vertrages selbst angebahnt hat.

Rücktrittsrecht nach § 5b VersVG: Der Versicherungsnehmer kann binnen zweier Wochen in geschriebener Form zurücktreten, wenn er seinen Antrag dem Versicherer oder dessen Beauf-

tragten persönlich abgegeben, aber keine Antragskopie erhalten hat, wenn er vor Abgabe seiner Vertragserklärung die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie oder die in den §§ 252, 253 und 255 VAG 2016 sowie die in den §§ 137 f Abs. 7 bis 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO vorgesehenen Informationen nicht erhalten hat. Die Rücktrittsfrist beginnt zu laufen, sobald dem Versicherungsnehmer die Police, die Versicherungsbedingungen und eine Belehrung über das Rücktrittsrecht ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Es genügt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

Rücktrittsrecht nach § 5c VersVG: Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher, so kann er vom Vertrag ohne Angaben von Gründen binnen 14 Tagen in geschriebener Form zurücktreten. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie. Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer die Police und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung, die in den §§ 252, 253 und 255 VAG 2016 sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind. Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang der Police und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

9. Einwilligung in die Verwendung von Personenidentifikations- und Versicherungsfalldaten

Der Antragsteller und die zu versichernde Person willigen ausdrücklich ein, dass Personenidentifikations- und Versicherungsfalldaten zum Zweck der Antragsbearbeitung, Risikoprüfung, Polizzierung, Vertragsverwaltung, Bearbeitung von Leistungsfällen, der umfassenden Betreuung und Beratung in Versicherungsangelegenheiten sowie für statistische Auswertungen vom Versicherer verwendet und zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen an andere die Personen- oder Schadenversicherung betreibenden Versicherungsunternehmen weitergeleitet und von diesen an den Versicherer übermittelt werden. Der Antragsteller und die zu versichernde Person willigen weiters ein, dass der Versicherer Personalidentifikations- und Vertragsdaten zu ihrer Betreuung, Beratung und Information auch hinsichtlich anderer Produkte verwendet. **Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.**

10. Einwilligung in die Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen des ZIS:

Das Zentrale Informationssystem (ZIS) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7 ist eine Einrichtung der Versicherungswirtschaft zur Verhinderung und Bekämpfung von Geldwäsche, Versicherungsmissbrauch und Versicherungsbetrug in der Kranken-, Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung. Der Antragsteller und die zu versichernden Personen willigen ein, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen, geändert oder fortgesetzt wird, Personenidentifikationsdaten (Name, Geburtsdatum) sowie das Meldedatum, die betroffene Versicherungssparte und Daten zum Meldestatus (jedoch keine Gesundheitsdaten) im Rahmen des ZIS in Einzelfällen an andere die Personenversicherung in Österreich betreibende Versicherungsunternehmen übermitteln und von diesen auch erhalten kann. **Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehalten oder den Antrag ablehnt.**

11. Einwilligung in die Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten

11.1. bei Vertragsabschluss: Der Antragsteller und die zu versichernde(n) Person(en) erteilen Ihre Einwilligung, 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, sowie den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern und aus den beim Versicherer bestehenden aufrechten Versicherungsverträgen 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 (Arztberichte, Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). **Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Ein Widerruf kann zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehalten oder den Antrag ablehnt.**

11.2. im Versicherungsfall: Der Versicherungsnehmer und die versicherte(n) Person(en) willigen ein, 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 über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung einholen 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 (Arztberichte, Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, Anamnese, sämtliche diagnostische Befunde, OP-Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Fall einer solchen Datenermittlung wird der Betroffene 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG besteht für die versicherte(n) Person(en) auch die Möglichkeit, in die Datenermittlung jeweils im Einzelfall einzuwilligen.

Macht eine versicherte Person von diesem Recht auf Einwilligung im Einzelfall Gebrauch, so hat sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen. **Der Versicherungsnehmer und die versicherte(n) Person(en) nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Einwilligung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigten oder der Versicherten Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.**

Der Versicherungsnehmer und die zu versicherte(n) Person(en) willigen ein, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (bei Mehrfachversicherung) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

11.3. 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 Einwilligung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln:

1. 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 zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);

2. 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 können der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte 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.

11.4. Entbindung von der Schweigepflicht: Die versicherte(n) Person(en) entbinden die genannten Befragten im Voraus von den ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Einwilligungserklärung.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versicherer kann bis zum Erhalt aller erforderlichen Unterlagen die Antragsprüfung nicht vornehmen. Ein Widerruf kann daher zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehalten oder den Antrag ablehnt.

Der Versicherungsnehmer und die versicherte(n) Person(en) erklären sich mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden Datum:

Unterschrift Versicherungsnehmer/in: Unterschrift d. zu vers. Person 3:

Unterschrift d. zu vers. Person 1: Unterschrift d. zu vers. Person 4:

Unterschrift d. zu vers. Person 2: Unterschrift d. zu vers. Person 5:

12. Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

Schriftform:

Folgende Erklärungen und Mitteilungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmern bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:

- Kündigungen und Rücktrittserklärungen,
- Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses,
- Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z.B. Bezugsrechtsänderung).

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 abgegebene Erklärungen und Informationen des/der Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

13. Versicherte Risiken und Leistungen

Die Information über das zu versichernde Risiko bzw. die damit in Zusammenhang stehenden Versicherungsleistungen entnehmen Sie bitte den Ihrem Versicherungsantrag beiliegenden Unterlagen sowie den vereinbarten Bedingungen. Sollte der Versicherer individuelle Risikoausschlüsse und Wartezeiten aufgrund der individuellen Risikosituation des Versicherten im Versicherungsschein (=Polizze) festlegen, hat der Versicherungsnehmer gemäß § 5 Versicherungsvertragsgesetz das Recht, innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheins in geschriebener Form zu widersprechen, sodass kein Krankenversicherungsvertrag zustande kommt.

Vertragsspitäler in der Krankenhauskostenversicherung: Bitte entnehmen Sie die aktuelle Vertragsspitäliste unserer Homepage www.muki.com. Diese ist auch in den jeweils geltenden Bedingungen angeführt. Die Leistungen für Nichtvertragsspitäler entnehmen Sie bitte den Bedingungen, die für den von Ihnen gewählten Tarif gelten. Auch diese finden Sie auf unserer Homepage www.muki.com.

Wartezeiten nach Versicherungsbeginn:

Sofort nicht anders vereinbart, besteht eine allgemeine Wartezeit von drei Monaten ab Vertragsbeginn. Sofern nicht anders vereinbart, besteht für Entbindungen einschließlich der wegen Schwangerschaft erforderlichen Untersuchungen sowie für die damit in Zusammenhang stehenden medizinisch notwendige Heilbehandlungen und für Fehlgeburten Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, es handelt sich nachweislich um eine nach Vertragsabschluss, während der Versicherungsdauer eingetretene Schwangerschaft. Weitere Wartezeiten für Versicherungsfälle entnehmen Sie bitten den Besonderen Bedingungen für den von Ihnen gewählten Tarif.

Risikoausschlüsse:

In den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen sind Einschränkungen und Ausschlüsse vom Versicherungsschutz formuliert, wie beispielsweise für: Heilbehandlungen, - die vor Versicherungsbeginn begonnen haben, - von Krankheiten und Unfallfolgen, die als Folge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eintreten, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren. Es wird an dieser Stelle nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vorstehende Aufzählung nur beispielhaft und daher nicht abschließend ist.

14. Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist berechtigt, bei Veränderung nachstehender Faktoren eine Änderung der Prämien oder des Versicherungsschutzes vorzunehmen:

- eines vereinbarten Index,
- der durchschnittlichen Lebenserwartung,
- der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
- des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
- der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
- des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen

Die soeben genannte Prämienänderung kann dazu führen, dass Prämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen.

Eine Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers, die die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten hat, schriftlich widerspricht. Bei Widerspruch erfolgt die Fortsetzung des Vertrages mit in der Regel gleichbleibender Prämie und entsprechend geänderten/angepassten Leistungen. Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden.

Für den beantragten Tarif ergibt sich eine durchschnittliche jährliche Prämienveränderung für die letzten fünf Jahre im Sinne der nachstehenden Tabelle. Hingewiesen wird ausdrücklich darauf, dass Prämien erhöhungen in der Vergangenheit keine zwingenden Rückschlüsse auf jene in der Zukunft zulassen und dass die Prämien während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen können.

Veränderung in % im Jahr...					
	2015	2016	2017	2018	
	0,00%	6,41%	0,00%	3,61%	0,00%

15. Gewinnbeteiligung

Der gewählte Tarif unterliegt keiner Gewinnbeteiligung.

16. Zahlungsverzug

Gerät der Versicherungsnehmer mit der Erfüllung einer fälligen Zahlungspflicht schuldhaft in Verzug, so ist er zum Ersatz der Verzugszinsen in der gesetzlichen Höhe sowie zum Ersatz der notwendigen Kosten zweckentsprechender außergerichtlicher Betreibungs- oder Einbringungsmaßnahmen verpflichtet, soweit diese in einem angemessenen Verhältnis zur betriebenen Forderung stehen.

17. Ende des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag wird grundsätzlich auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Der Versicherungsvertrag endet jedoch in nachstehenden Fällen:

a) fristgerechte Kündigung durch den Versicherungsnehmer frühestens zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres

Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.

b) Kündigung des Versicherers wegen Prämienzahlungsverzuges des Versicherungsnehmers

Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung gezahlt, kann der Versicherer so lange die erste Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, kann der Versicherer den Versicherungsnehmer auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen zu bezahlen.

Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung in Verzug ist.

Die Wirkungen der Kündigung entfallen, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt.

c) Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

Obliegenheiten vor Abschluss des Versicherungsvertrages: Der Versicherungsnehmer und der Versicherte haben vor Abschluss des Vertrages alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. Hat der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Bei schuldloser Verletzung der Anzeigepflicht, kann der Versicherer von Beginn des laufenden Versicherungsjahres an die entsprechende höhere Prämie verlangen. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen wird.

Obliegenheiten während des Bestehens des Versicherungsvertrages: Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherer vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu unterrichten. Wird diese Informationspflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag kündigen.

Bei Erschleichung einer Versicherungsleistung, deren Versuch bzw. der Mitwirkung daran kann der Versicherer den Vertrag unverzüglich auflösen.

Wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet, hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen.

d) Tod des Versicherungsnehmers:

Bei Tod des Versicherungsnehmers haben die Versicherten das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.

e) Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers ins Ausland:

Bei entsprechender Wohnsitzverlegung des Versicherungsnehmers ins Ausland haben die Versicherten, die ihren Wohnsitz nicht ins Ausland verlegen, das gleiche Fortsetzungsrecht wie beim Tod des Versicherungsnehmers.

18. Rechtliche und wirtschaftliche Folgen einer Kündigung

Eine Kündigung ist mit folgenden nachteiligen Konsequenzen verbunden: Ab Wirksamkeit der Kündigung erlischt der Versicherungsschutz. Sollte in der Zukunft ein Neuabschluss gewünscht werden, ist einerseits eine neuerliche Gesundheitsprüfung erforderlich und wird andererseits die Prämie nach dem dann aktuellen Lebensalter des Versicherten berechnet.

Im Fall einer Kündigung wird kein Rückkaufwert ausbezahlt und es besteht somit auch kein Anspruch auf die anteilmäßige Alterungsrückstellung.

19. Für die Versicherung geltende steuerliche Regelungen

Die Prämien der Krankenversicherung unterliegen derzeit einer 1%igen Versicherungssteuer (§ 6 Abs.1 VersStG). Prämien für Krankenversicherungen können bei Vorliegen der Voraussetzungen als Sonderausgaben (für vor 1.1.2016 geschlossene Versicherungsverträge für die Kalenderjahre bis 2020, nach dem 1.1.2016 abgeschlossene Versicherungsverträge können nicht mehr abgesetzt werden) begrenzt durch den Sonderausgabenrahmen gemäß § 18 EStG abgesetzt werden.

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Selbstständige außerdem die Möglichkeit, Werbungskosten geltend zu machen.

Dienstgeber können auch bis zu € 300,- als steuerfreie Zukunftssicherung für ihre Mitarbeiter geltend machen, die in eine Lebens-, Unfall- und/oder Krankenversicherung investiert werden kann. Die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung ist von ihren persönlichen Verhältnissen abhängig und kann künftigen, insbesondere gesetzlichen Änderungen unterworfen sein. Offene abgabenrechtliche Fragen richten Sie bitte an Ihren Steuerberater.

20. Bericht über die Solvabilität und Finanzlage

Der Bericht ist auf unserer Homepage unter www.muki.com abrufbar oder kann am Firmensitz eingesehen werden. Im Sinne der gesetzlichen Vorschriften wird dieser Bericht zum Stichtag 31.12.2017 erstellt und kann ab Mitte 2018 abgerufen werden.

Mit dieser Vereinbarung bin ich ausdrücklich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift aller mitzuversichernden erwachsenen Personen



muki – immer in Ihrer Nähe



- Zentrale** 4820 Bad Ischl • Wirerstraße 10
Tel. 05 0665-1000 • Fax DW-4200 • versicherung@muki.com
-
- Büros** 4802 Ebensee, Rindbachstraße 15
Tel. 05 0665-1503 • Fax DW-3503
-
- 4840 Vöcklabruck, Linzerstraße 61 (Leiner-Kreuzung / muki Toys & more)
Tel. 05 0665-1510 • Fax DW-3515
-
- 8020 Graz, Bahnhofgürtel 77-79/EG (Welcome Tower)
Tel. 05 0665-1540 • Fax DW-3545
-
- 1050 Wien, Hamburger Straße 10/5
Tel. 05 0665-1550 • Fax DW-3555
-
- Kfz-Zulassungsstellen** **1050 Wien, Hamburger Straße 10/5**
Tel. 05 0665-5510 • Fax DW-4510
zulassungsstelle.wien@muki.com
-
- 2231 Strasshof an der Nordbahn, Hauptstraße 260 TOP 2**
Tel. 05 0665-2970 • Fax DW-3970
zulassungsstelle.strasshof@muki.com
-
- 2322 Deutsch-Wagram, Bahnhofstr. 1a (Stadtamt)**
Tel. 05 0665-2950 • Fax DW-3950
zulassungsstelle.deutsch-wagram@muki.com
-
- 4824 Gosau, Kirchenstraße 52**
Tel. 05 0665-2940 • Fax DW-3940
zulassungsstelle.gosau@muki.com
-
- 7350 Oberpullendorf, Eisenstädter Straße 3**
Tel. 05 0665-2960, Fax DW-3960
zulassungsstelle.oberpullendorf@muki.com
-
- 8111 Judendorf-Sträßengel, Gratweiner Straße 15**
Tel. 03124-543330 • Fax 03124-543333
zulassungsstelle.gratwein-strassengel@muki.com
-
- 8501 Lieboch, Packerstraße 87**
Tel. 03136-63336 • Fax DW-3
zulassungsstelle.lieboch@muki.com

muki®

innovativ • kompetent • kundenfreundlich

Sie erreichen uns

Montag–Donnerstag: 8.00–16.00 Uhr • Freitag: 8.00–14.00 Uhr

Tel. 05 0665-1000, Fax DW-4200, kranken-unfall@muki.com

muki versicherungsverein auf gegenseitigkeit, a-4820 bad ischl, wirerstraße 10

www.muki.com