

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Spitalskostentarif MZG1E09 - Steiermark nach Vertragskrankenhausverzeichnis - Liste 1 Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel) Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

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

Die Spitalskostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei einer Pflichtkrankenkasse oder ein Sozialversicherungsersatztarif besteht.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

A Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Vertragskrankenhauses nach diesem Tarif

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Vertragskrankenhauses übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen, Geburtskostenbeihilfe) die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer), 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.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die Krankenhausgebühren und Arzthonorare durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

- (2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

- (3) In Ergänzung der Bestimmung des § 1(2)d) AVB übernimmt der Versicherer die Kosten für folgende kosmetische Operationen:

Nasenkorrekturen
Kinnkorrekturen
Ohrenkorrekturen (für Kinder bis zum 18. Lebensjahr)
Brustverkleinerungen
Brustaufbau nach Mammakarzinom

wenn diese Operationen ärztlich empfohlen wurden, die Operationen als stationär notwendig einzustufen sind und die Grundleistung von der Pflichtversicherung getragen wird.

- (4) In Abänderung der Bestimmungen des § 4(3)a) AVB-1995 beträgt die besondere Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen, sowie für Fehlgeburten 7 Monate.

B Stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen innerhalb eines Jahres nach einem Unfall und damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden kosmetischen Behandlungen oder Operationen innerhalb von 3 Jahren nach einem Unfall in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses und bei stationärer Heilbehandlung von akuten Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen) die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer), 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.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis für Österreich angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die Krankenhausgebühren und Arzthonorare durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

- (2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

- (3) Die stationäre Heilbehandlung von akuten Erkrankungen beschränkt sich auf anlässlich eines vorübergehenden Aufenthaltes von höchstens 4 Wochen innerhalb von Österreich auftretende akute Erkrankungen, die in einem anderen als nach diesem Tarif mit Kostendeckungsgarantie vereinbarten Bundesland einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einem österreichischen Vertragskrankenhaus notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden aufgetreten sind.

Um einen Leistungsanspruch zu begründen, gelten als Nachweis die ärztliche Bestätigung über die Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes wegen einer akuten Erkrankung und eine aktuelle Meldebestätigung über den Wohnsitz der/des Versicherten zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes und können diese Nachweise jederzeit vom Versicherer angefordert werden.

- (4) Kein Versicherungsschutz gemäß Abs. (1) besteht, wenn der vorübergehende Aufenthalt gemäß Abs. (3) nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

C Stationäre operative Heilbehandlung von bestimmten schweren Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses

- (1) Bei stationärer operativer Heilbehandlung von nachstehend angeführten schweren Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen Fällen) die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer), und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Leistung beschränkt sich auf Operation und Heilungsphase und beinhaltet nicht vorbereitende Maßnahmen wie z.B. präoperative internistische Behandlungen, präoperative Chemo- oder Strahlentherapie und postoperative Maßnahmen wie z.B. postoperative Chemo- oder Strahlentherapie.

- a) Bypass-Operation der Koronararterien
Bei klinischer Diagnose von Verengung oder Verschluss von Herzkranzgefäßen mit Indikation einer Bypass-Operation.

- b) Herzklappenoperation

Operation am offenen Herzen zum Ersatz oder zur Dilatation von Herzklappen.

- c) Operationen der Aorta

Operationen aufgrund einer Krankheit an der Aorta, die eine Entfernung und den Ersatz der erkrankten Aorta durch ein Transplantat erforderlich machen. Unter Aorta ist eine Aorta des Thorax und des Abdomen zu verstehen, nicht jedoch die abgehenden Äste.

- d) Operationen bei bösartigen Tumoren

Bei Vorliegen eines histologisch nachgewiesenen malignen Tumors, wenn aufgrund der Art, Lokalisation und Ausdehnung des Tumors die Operation nur durch einen in einem anderen Bundesland stationierten Spezialisten möglich ist.

- e) Organtransplantationen

Transplantationen von Herz (nur komplette Transplantationen), Lunge, Leber und Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans' Inseln allein), Niere oder Knochenmark, wobei die versicherte Person der Empfänger ist.

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

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis für Österreich angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die Krankenhausgebühren und Arzthonorare durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

- (2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

D Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland

Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland werden die Honorare, Behandlungskosten und Tageskosten (Pflegebühre, Sachaufwand) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes in voller Höhe vergütet.

E Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland, die aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist, werden weltweit die vollen Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes einschließlich Transportkosten für die Hin- und Rückreise übernommen.

Diese Transportkosten werden nur erbracht, wenn sie vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert werden.

F Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D oder I.E fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

- a) Pflegegebühren

sind die Differenz der Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer.

- b) Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen

sind die über die Pflegegebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei nichtoperativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

- c) Behandlungskosten bei operativen Fällen

sind die über die Pflegegebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei operativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

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

Das Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

Werden anstelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt, erfolgt eine Vergütung bis zum halben Ausmaß der jeweiligen Operationsgruppe.

d) Organtransplantationen, kombinierte Krebsbehandlung

Für Organtransplantationen und kombinierte Krebsbehandlung (Operationen ab Operationsgruppe VI in Verbindung mit Strahlenbehandlung und/oder Chemotherapie) werden anstelle aller anderen Leistungen gemäß Pkt. b) und c) Vergütungen pro Versicherungsfall erbracht.

(2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

G Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

(1) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A, I.B oder I.D werden die Kosten für eine Begleitperson in voller Höhe übernommen.

(2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I. E und I. F werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

(3) In Abänderung der Bestimmungen des § 5(21) AVB-1995 werden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt gemäß Abs. (1) und (2) eines mitversicherten Kindes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die Kosten für eine Begleitperson übernommen, und zwar auch dann, wenn diese nicht versichert ist.

(4) In Abänderung der Bestimmungen des § 5(21) AVB-1995 werden bei stationärer operativer Heilbehandlung gemäß Pkt. I.C die anfallenden Begleitpersonkosten für die Nächtigung vor Ort (Hotel, Pension) für eine dem Erkrankten nahestehende Person (Gatte, Kind, Elternteil) bis zu einem Höchstsatz pro Tag vergütet. Der Kostenersatz beschränkt sich auf den Tag der Operation sowie höchstens auf die darauffolgenden 7 postoperativen Tage und erfolgt einmal pro Versicherungsfall. Nicht vergütet werden die Kosten für Verpflegung.

H Krankenhaus-Ersatztagelohn

(1) Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhaus-Ersatztagelohn ohne Kostennachweis ausbezahlt.

(2) Wird ein Versicherter während eines stationären Krankenhausaufenthaltes von einer Gebührenklasse in eine andere verlegt, so werden entweder die angefallenen Kosten gemäß Pkt. I. A, I. B, I. C, I. D, I. E oder I. F vergütet oder das Krankenhaus-Ersatztagelohn geleistet, wobei die für den Versicherten günstigere Art der Abrechnung angewendet wird.

I Krankentransportkosten

Diese werden pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

II. Operative ambulante Heilbehandlung in Tageskliniken und Arztpraxen

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(11) AVB-1995 wird Versicherungsschutz auch bei operativen Heilbehandlungen in Tageskliniken und Arztpraxen gewährt.

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative Heilbehandlungen und für Entbindungen, die in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung nachweislich vermieden wird.

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

(1) 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. Allfällige Leistungen der Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungersatztarifes werden in Abzug gebracht.

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

Als Vertragstageskliniken gelten die im Vertragstagesklinikverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Tageskliniken, als Vertragsärzte die in der entsprechenden Liste angeführten Ärzte und zwar solange die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

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.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulanten Operationsgruppenverzeichnis am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt maximal das Doppelte des Satzes für die höchst eingestufte Operation.

Das ambulante Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

b) Behandlungskosten für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie, interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie werden pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

C Krankentransportkosten

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(13) AVB-1995 werden Krankentransportkosten pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstbetrag übernommen.

D Hauspflegepauschale

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB-1995 gilt die Hauspflege als Versicherungsfall.

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.

III. Geburtskostenbeihilfe

Wenn für eine Entbindung keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird gegen Vorlage einer Geburtsurkunde eine Geburtskostenbeihilfe ausbezahlt.

Bei Mehrlingsgeburten wird für jede weitere Geburt die Hälfte geleistet.

In Abänderung der Bestimmungen des § 4(3)a) AVB-1995 beträgt die besondere Wartezeit 7 Monate.

IV. Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss, Gesundheitswoche

(1) Versicherte erhalten für ärztlich verordnete Kur- bzw. Erholungsaufenthalte, im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz für höchstens 28 Tage des Aufenthaltes.

Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes.

Kur- und Erholungskostenzuschüsse werden nur dann vergütet, wenn von der Sozialversicherung ein Aufenthalt in einem Kur- oder Erholungsheim genehmigt wird oder ein Zuschuss für den Aufenthalt in einem Kurort bezahlt wird. (Die Bewilligung von Kurmitteln allein genügt nicht.)

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch eine von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes oder vom Gemeindeamt des Kur- oder Erholungsortes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

(2) Versicherte erhalten für ärztlich verordnete stationäre Rehabilitationsbehandlung, im Anschluss an einen stationären Aufenthalt, nach Unfall, Herzinfarkt, Schlaganfall und orthopädischen Operationen, im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz für höchstens 28 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung.

Zuschüsse zur Rehabilitationsbehandlung werden nur dann vergütet, wenn von der Sozialversicherung ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsanstalt genehmigt ist.

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch eine von der Rehabilitationsanstalt ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

(3) Bei einem Aufenthalt in einem Vertragsgesundheitshotel im Rahmen einer Gesundheitswoche werden die Kosten für die mit dem Vertragsgesundheitshotel vertraglich vereinbarten Therapien in voller Höhe übernommen und direkt mit diesem verrechnet. Die mit dem Vertragsgesundheitshotel vereinbarten ermäßigten Aufenthaltskosten trägt der Versicherte selbst.

Begehrt der Versicherte eine Gesundheitswoche bei einem Vertragsgesundheitshotel hat er einen entsprechenden Antrag beim Versicherer einzubringen.

Der Versicherer stellt dem Versicherten auf Anfrage die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung.

(4) Bei einem Aufenthalt in einem inländischen Kurzentrum oder in einem inländischen Gesundheitshotel, welche unter ärztlicher Leitung stehen und in denen Therapiebehandlungen durchgeführt werden, wird dem Versicherten für ärztlich verordnete physikalische Therapien, gegen Vorlage einer saldierten Rechnung, pro Aufenthaltstag ein Tagessatz, höchstens für 28 Tage des Aufenthalts pro Kalenderjahr, vergütet. Die Vergütung erfolgt jedoch nur bis zur Höhe der tatsächlich angefallenen Therapiekosten und wenn kein Anspruch gemäß Pkt. (1) und Pkt. (3) besteht. (Keine Ordinations- und Aufenthaltskosten.)

Die Dauer des Aufenthaltes muss mindestens 7 Tage betragen und durch eine Aufenthaltsbestätigung von der Verwaltung des Kurzentrums bzw. des inländischen Gesundheitshotels nachgewiesen werden.

(5) Vom Versicherten kann eine Leistung entweder gemäß Pkt. (3) oder gemäß Pkt. (4) einmal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden, sofern die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.

V. Krankenrücktransport aus dem Ausland bzw. Krankenbesuchsreise

Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen der Punkte V.A und V.B, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

A Krankenrücktransport aus dem Ausland

(1) Ersetzt werden die entstehenden Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Österreich, wenn dieser medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist oder wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Ausland von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, sowie einer dem Versicherten nahe stehenden Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind).

Medizinisch begründet ist ein Krankenrücktransport aus dem Ausland, wenn eine lebensbedrohliche Erkrankung (auch als Folge eines Unfalles) vorliegt und die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.

In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Kosten des Krankenrücktransportes aus dem Ausland, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden.

(2) Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Krankenrücktransportes aus dem Ausland durch und über die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport, erfolgt (beauftragtes Unternehmen). Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.

Wird das beauftragte Unternehmen nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr mit diesem, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstsatz vergütet.

(3) Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland hat durch den behandelnden Arzt des im Ausland verunfallten oder erkrankten Versicherten, durch den verunfallten oder erkrankten Versicherten selbst oder durch einen seiner Angehörigen zu erfolgen. Dieser Antrag ist an den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen zu richten. Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsvertrag erfolgen.

(4) Der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen entscheidet im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Krankenrücktransportes des Versicherten aus dem Ausland. Der Versicherer bzw. ein von ihm beauftragtes Unternehmen hat den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz besteht und die Voraussetzungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gemäß Abs. (1) und (2) nicht vorliegen.

- (5) Ergibt die Prüfung gemäß Abs. (4), dass Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland besteht, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).
- (6) Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, bei Auslandsaufenthalten von mehr als 3 Monaten, bei Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten u. dgl., für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen).
- (7) Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.

B Zusatzleistungen für die Inanspruchnahme einer Krankenbesuchsreise durch eine dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehende Person, für die Herstellung des Kontaktes zu österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland, für die Beistellung einer ortsansässigen Hilfsperson

- (1) Ist ein Spitalsaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als vierzehntägiger Dauer aus medizinischen Gründen erforderlich, ohne dass die Voraussetzungen für einen Krankenrücktransport gemäß Pkt. V.A vorliegen, oder ein solcher durchgeführt wurde, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Organisation einer Krankenbesuchsreise einer dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehenden volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort sowie die Kosten für eine solche Besuchsreise mittels eines angemessenen Transportmittels. Die Kosten für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch nicht ersetzt.
- (2) Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Krankenrücktransport gemäß Pkt. V.A oder ein Spitalsaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfeleistung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Erkrankten (Verunfallten) oder der Organisation des Krankenrücktransportes erforderlich ist.

Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.

- (3) Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Krankenbesuchsreise gemäß Abs. (1), die Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Abs. (2) durch die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport, erfolgt (beauftragtes Unternehmen). Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.
- (4) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. V. A Abs. (6).

VI. Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort

- (1) Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die vom Versicherer bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.
- (2) Wird die Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem bestimmten Höchstbetrag vergütet.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. V.A Abs. (6) und (7) bzw. wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

VII. Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise oder einem vorübergehenden Aufenthalt von höchstens 4 Wochen im Ausland erforderlich wird

- (1) Für solche ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr vergütet.

Durch diese Leistung wird der Anspruch auf eine Prämienrückerstattung gemäß Pkt. XI. nicht ausgeschlossen.

- (2) Für Zahnbehandlungen, Zahnrontgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

VIII. Bergung eines verunglückten Versicherten durch einen Rettungshubschrauber

- (1) Ersetzt werden die Kosten, die bei der Bergung eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder in Wassernot geratenen Versicherten durch einen Rettungshubschrauber entstehen, bis zu einem Höchstbetrag pro Versicherungsfall.

Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn ein Einsatz aus medizinischen Gründen die einzig mögliche Rettungsvariante darstellt.

In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Hubschrauberrettungskosten, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diesen Dritten übernommen werden.

- (2) Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungsberichtes nachzuweisen.

IX. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

- (1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A(1), I.B(1), I.C(1), I.D, I.E, I.G(1), II.A(1), IV.(3), V.A(1), V.B(1), V.B(2) und VI.(1) können seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolize oder in einem Nachtrag zur Polize kein anderer frühester Widerrufstermin ausdrücklich angegeben ist.

Der schriftliche Widerruf der Kostendeckungszusagen wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam.

Er ist für solche medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden des Widerrufs begonnen haben.

- (2) Diese Kostendeckungszusagen gelten, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden können und widerrufen werden.

X. Familienrabatt, Aufnahmealter, Kinderprämie

- (1) Familienmitgliedern (Ehegatten, Kinder), welche nach einem Spitalskostentarif mit letztgültiger Anpassungsstufe unter einer Versicherungspolize versichert werden, wird auf die Prämie ein Rabatt gewährt. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht mehr gegeben, entfallen diese Rabatte ab dem nächstfolgenden Monatsersten.
- (2) Das Aufnahmealter ist mit 60 Jahren begrenzt.
- (3) In Abänderung der Bestimmungen des § 10(2) AVB-1995 kann für allein versicherte Kinder bis zum 18. Lebensjahr die Kinderprämie beantragt werden. Für mitversicherte Kinder kann bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres über Antrag des Versicherungsnehmers die Kinderprämie entrichtet werden, sofern sie in Ausbildung stehen (Studium, Lehre usw.) und für sie die Familienbeihilfe bezogen wird. Das Kind muss hierbei mindestens mit einem Elternteil unter einer Polize nummer versichert sein. Die Kinderprämie wird ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten in Rechnung gestellt. Die Ausbildung ist bei Antragstellung nachzuweisen, die Beendigung derselben ist unverzüglich bekannt zu geben.

Während der Dauer der Zahlung der Kinderprämie besteht nur Anspruch auf Leistungen in dem für Kinder vorgesehenen Ausmaß.

- (4) Wird nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Umstellung in die Kinderprämie widerrufen, kann die Kinderprämie nicht mehr neuerlich beantragt werden.

XI. Prämienrückerstattung

- (1) Der Versicherungsnehmer hat unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf einen Anteil an der Rückstellung zur Prämienrückerstattung, die der Versicherer durch Ansammlung aus den jährlichen Überschüssen der zum Prämienverband A gehörenden Krankenversicherungen zu bilden hat; enthält eine Versicherungspolize auch Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist, bleiben diese bei der Feststellung der Prämienrückerstattung außer Betracht. Teilnahmeberechtigt sind nur jene Versicherungsnehmer, für deren Versicherungspolize für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch übertarifliche Leistungen (gilt auch für Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist) durch den Versicherer gewährt wurden.

- (2) Erste Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist, dass die Versicherung am Ende des Kalenderjahres seit mindestens einem Jahr in Kraft ist. Versicherungsumwandlungen (Änderungen des Versicherungsschutzes) während des Kalenderjahres können einen Anspruch auf Prämienrückerstattung nicht begründen. Hat sich die Monatsprämie während des Kalenderjahres durch Tarifanpassung gemäß § 18 AVB-1995 geändert, so wird für die Bemessung der Prämienrückerstattung die am Ende des Kalenderjahres vorgeschriebene Prämie herangezogen.

- (3) Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist weiters, dass am Ende des Kalenderjahres, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt, kein Prämienrückstand bestanden hat und auch während des Kalenderjahres keine Prämienrückstände gerichtlich eingefordert wurden.

- (4) Der Rückerstattungsanteil beträgt für alle erstattungsberechtigten Versicherungen einheitlich mindestens ein Viertel einer Monatsprämie, höchstens sechs Monatsprämien. Solange die Rückstellung zur Prämienrückerstattung nicht zur Ausschüttung von mindestens einem Viertel einer Monatsprämie ausreicht, erfolgt keine Prämienrückerstattung.

- (5) Die Bekanntmachung und Auszahlung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz über das Kalenderjahr, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Prämienrückerstattung.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr können nach Empfang der Prämienrückerstattung nicht mehr geltend gemacht werden. Eine zu Unrecht erhaltene Prämienrückerstattung ist zurückzuzahlen.

- (7) Die Bestimmungen der Abs. (1) bis (6) über die Prämienrückerstattung finden in der Gruppenversicherung keine Anwendung. Sofern in der Gruppenversicherung eine Prämienrückerstattung vereinbart wurde, sind die Bestimmungen darüber dem Gruppenversicherungsvertrag bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995) zu entnehmen.

XII. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

XIII. Wohnsitzänderung

Verlegt ein Versicherter seinen ständigen Wohnsitz in ein anderes Bundesland Österreichs, so kann in der Krankheitskostenversicherung der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Wohnsitzverlegung die Umstellung dieses Versicherten in einen in dem Bundesland des neuen Wohnsitzes dem bisherigen entsprechenden Tarif beantragen. Eine Wartezeit wird dabei nicht vorgeschrieben. Im Vortarif zurückgelegte Wartezeiten werden angerechnet. Die Prämieinstufung bleibt unverändert.

XIV. Änderung bzw. Wegfall der Sozialversicherung, Arbeitslosigkeit

- (1) Ändert sich die Sozialversicherungszugehörigkeit des Versicherten, besteht für den Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats ab dieser Änderung und nach Vorlage der entsprechenden Nachweise, die Weiterversicherung (ohne Risikoprüfung, ohne Leistungsausschlüsse für die erhöhten Leistungen und ohne Wartezeiten) nach einem gleichartigen, der neuen Sozialversicherung entsprechenden Tarif zu verlangen.

Wird von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch gemacht, so ist die Tarifumstellung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten und ohne die zuvor genannten Vergünstigungen möglich.

- (2) Fällt für den Versicherten die sozialversicherungsrechtliche Grundabsicherung (Pflichtversicherung) weg, besteht für den Versicherungsnehmer das Recht, innerhalb eines Monats ab diesem Wegfall und nach Vorlage der entsprechenden Nachweise, die Weiterversicherung nach einem Sozialversicherersatztarif zu verlangen; § 4(5) AVB-1995 ist anzuwenden. Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch, endet dieser Tarif mit dem Zeitpunkt des Wegfalls der sozialversicherungsrechtlichen Grundabsicherung.

- (3) Für Versicherte, die arbeitslos werden, kann dieser Tarif vom Versicherungsnehmer ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist und nach Vorlage der entsprechenden Nachweise zum nächsten Monatsletzten gekündigt werden.

Zweiter Abschnitt - Leistungen (Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses				Operationsgruppe V Operationsgruppe VI	bis bis	EUR EUR	1.310,00 1.529,00
Pflegegebühren				Behandlungskosten für			
für Hauptversicherte täglich	bis	EUR	132,00	diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der			
für Familienversicherte täglich	bis	EUR	140,00	Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie	bis	EUR	345,00
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen				pro Versicherungsfall			
interne Behandlungspauschale	bis	EUR	428,00	interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder			
täglich ab dem ersten Tag	bis	EUR	52,62	Chemotherapie	bis	EUR	800,00
Behandlungskosten bei operativen Fällen				pro Versicherungsfall			
Ersatz pro Aufenthaltstag	bis	EUR	36,83	Krankentransportkosten			
Höchstsätze für Operationskosten:				Krankentransportkostenersatz	bis	EUR	205,00
Operationsgruppe I	bis	EUR	239,00	Hauspflegepauschale			
Operationsgruppe II	bis	EUR	368,00	Pflegepauschale für:			
Operationsgruppe III	bis	EUR	589,00	Operationsgruppe III		EUR	110,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	994,00	Operationsgruppe IV		EUR	182,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.400,00	Operationsgruppe V		EUR	330,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.915,00	Operationsgruppe VI		EUR	440,00
Operationsgruppe VII	bis	EUR	2.689,00	Geburtskostenbeihilfe			
Operationsgruppe VIII	bis	EUR	3.683,00	Geburtskostenbeihilfe		EUR	1.500,00
Organtransplantationen, kombinierte Krebsbehandlung				Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss			
Vergütung pro Versicherungsfall	bis	EUR	5.378,00	Tagessatz für Erwachsene	bis	EUR	20,00
Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson				für Therapiekosten pro Tag		EUR	40,00
Kostenersatz für eine Begleitperson:				Krankenrücktransport aus dem Ausland			
pro Tag	bis	EUR	90,00	bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation	bis	EUR	3.650,00
Krankenhaus-Ersatztagegeld				pro Versicherungsfall			
für Erwachsene		EUR	90,00	Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort			
für Kinder		EUR	45,00	bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation	bis	EUR	750,00
Krankenhaustransportkosten				pro Versicherungsfall			
Krankenhaustransportkostenersatz	bis	EUR	205,00	Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland	bis	EUR	750,00
Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen				pro Kalenderjahr			
Höchstsätze für Operationskosten:				Hubschrauberrettungskosten			
Operationsgruppe I	bis	EUR	91,00	pro Versicherungsfall	bis	EUR	3.650,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	164,00				
Operationsgruppe III	bis	EUR	400,00				
Operationsgruppe IV	bis	EUR	946,00				

Ergänzende Versicherungsbedingungen für eine Versicherung zur Gesundheitsvorsorge Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel) Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Eine Versicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn ein Haupttarif abgeschlossen wird oder besteht.

Als Haupttarife gelten Spitalskostentarife mit jeweils letztgültiger Anpassungsstufe.

Falls im Folgenden nicht etwas Anderes bestimmt ist, gelten für diese Versicherung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995) und die Besonderen Versicherungsbedingungen des Haupttarifes.

Es werden nachfolgende Leistungen erbracht.

Durch diese Leistungen wird der Anspruch auf eine Prämienrückerstattung nicht ausgeschlossen.

Die Höhe der Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen.

Der Versicherte ermächtigt den Vertragspartner und erteilt die Zustimmung zur Übermittlung der Ergebnisse der Merkur Programme zur Gesundheitsvorsorge gemäß Pkt. II. bis Pkt. IV. an den Versicherer.

Der Versicherer verpflichtet sich, diese Ergebnisse nur zu statistischen Zwecken zu verwenden, bei einem neuerlichen Programm zur Gesundheitsvorsorge diese dem gewählten Vertragspartner zur Verfügung zu stellen, und erklärt, dass durch die Kenntniserlangung solcher Ergebnisse dem Versicherten keine Nachteile entstehen.

I. Gesundheitsvorsorge

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

In diesem Tarif sind einzelne Maßnahmen zu qualitativ hochwertigen Vorsorgeprogrammen zusammengefasst. Diese Vorsorgeprogramme können beispielsweise Leistungen wie die Erhebung von Laborparametern, sportwissenschaftliche Analysen und Informationen über neueste Erkenntnisse aus diesem Bereich, ärztliche Gespräche, aktuellste Trainingsmethoden, Stressanalysen oder die Beantwortung von Fragen zur inneren Balance durch professionelle Ansprechpartner beinhalten.

Es wird darauf hingewiesen, dass einzelne Programmteile bzw. Programme aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse geändert werden können.

II. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Erwachsene

(1) Versicherungsfall ist ein vom Versicherten begehrtetes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.

(2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner.

(3) Soweit Teile dieses Merkur Vorsorgeprogramms auch im Leistungskatalog eines Sozialversicherungsträgers enthalten sind und im konkreten Fall von einem Sozialversicherungsträger Leistungen erbracht werden, sind diese unabhängig von den Vereinbarungen des Abs. (2) zwischen Gesundheitsdienstleister und Sozialversicherung abzurechnen.

(4) Hat der Versicherte keine Sozialversicherung bzw. keinen Sozialversicherungersatztarif oder werden von diesen keine Leistungen erbracht, geht die Leistung in Höhe der Sozialversicherungs-Tarifsätze zu Lasten des Versicherten.

(5) Ein Anspruch auf Leistung ist nur dann gegeben, wenn die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.

(6) Als Vertragspartner gelten die im Vertragspartnerverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertrag geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

III. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Jugendliche

(1) Versicherungsfall ist ein vom Versicherten begehrtetes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.

(2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner.

(3) Die Durchführung dieses Vorsorgeprogramms erfolgt für Jugendliche von 15 - 18 Jahren bzw. für mitversicherte Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, sofern ein Anspruch auf die Kinderprämie besteht.

(4) Als Vertragspartner gelten die im Vertragspartnerverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertrag geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

IV. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Kinder

(1) Versicherungsfall ist ein vom Versicherten begehrtetes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.

(2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner.

(3) Die Durchführung dieses Vorsorgeprogrammes erfolgt für Kinder von 6 - 14 Jahren in Form einer eintägigen Veranstaltung. Die Termine werden dem Versicherten in Aussendungen der Merkur Versicherung AG bekannt gegeben.

V. Übernahme der Kosten für allgemeine Beratungsleistungen zum Thema Gesundheit

(1) Versicherungsfall ist eine vom Versicherten beehrte Beratungsleistung bei einem Vertragspartner.

(2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieser Beratungsleistung durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner.

(3) Die Beratungsleistung kann von jedem nach diesem Tarif versicherten Kunden mittels Kontaktaufnahme via email in Anspruch genommen werden, wobei darauf hingewiesen wird, dass von den für die Beantwortung zuständigen Ärzten bzw. Beratern keine fernschriftliche Diagnostik oder Therapie durchgeführt wird. Etwaige daraus entstehende Haftungen werden generell ausgeschlossen.

VI. Inanspruchnahme bei einem Nichtvertragspartner

(1) Lässt der Versicherte das Gesundheitsvorsorgeprogramm gemäß Pkt. II., III. oder IV. nach diesem Tarif bei einem Nichtvertragspartner durchführen und verbleiben dem Versicherten nach Erbringung der Leistungen des Sozialversicherungsträgers Eigenkosten, übernimmt der Versicherer Differenzkosten gegen Vorlage der saldierten und bezahlten Originalrechnung bis zu einem Höchstsatz.

(2) Hat der Versicherte keine Sozialversicherung bzw. keinen Sozialversicherungersatztarif oder werden von diesen keine Leistungen erbracht, werden vom Rechnungsbetrag jedenfalls die fiktiven Sozialversicherungs-Tarifsätze in Abzug gebracht und wird eine Entschädigung nur für den somit verbleibenden Restbetrag bis zu einem Höchstsatz geleistet.

(3) Leistungen nach diesem Punkt werden nur anerkannt, wenn sie einerseits als Vorsorgeleistung im weiteren Sinn verstanden werden können und von einem Arzt, Psychologen, Psychotherapeuten oder Fitness-Studio in Österreich bzw. im europäischen Ausland erbracht werden.

VII. Neuerliche Inanspruchnahme

Wurde vom Versicherer für ein Programm gemäß Pkt. II., III., IV oder VI. nach diesem Tarif eine Leistung erbracht, so besteht ein neuerlicher Anspruch nach Ablauf von 2 Jahren ab dem Zeitpunkt des Beginns der Inanspruchnahme des jeweiligen vorherigen Programms.

VIII. Antragstellung auf ein Vorsorgeprogramm

Begehrt der Versicherte ein Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner, hat er einen entsprechenden Antrag beim Versicherer (Generaldirektion, Landesdirektion) einzubringen. Der Versicherer stellt daraufhin dem Versicherten alle nötigen Unterlagen inklusive eines Vertragspartnerverzeichnisses aus.

IX. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

(1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. II., III., IV. und V. können seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

Der schriftliche Widerruf der Kostendeckungszusagen wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam.

(2) Diese Kostendeckungszusagen gelten, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden können und widerrufen werden.

X. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

Zweiter Abschnitt - Leistungen (Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Vorsorgeprogramm für Erwachsene bei einem Nichtvertragspartner
Kostensersatz bis EUR 300,00

Vorsorgeprogramm für Jugendliche bei einem Nichtvertragspartner
Kostensersatz bis EUR 150,00

Vorsorgeprogramm für Kinder bei einem Nichtvertragspartner
Kostensersatz bis EUR 100,00