

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Tarif für ambulante Heilbehandlung MHA8V/24

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 Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Dieser Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen

- wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei einer österreichischen Pflichtkrankenkasse oder ein Sozialversicherungsersatztarif besteht und
- wenn ein Haupttarif abgeschlossen wird oder besteht.

Als Haupttarife gelten Spitalskostentarife mit jeweils letztgültiger Anpassungsstufe.

Das Aufnahmealter ist mit 70 Jahren begrenzt.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden insbesondere unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 12 AVB-1995 (Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte) folgende Leistungen erbracht. Die Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen Leistungen (tarifliche Höchstbeträge) ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen.

I. Ambulante Heilbehandlung

A Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen und Zahnhalteapparat und Zahnersatz), Arzneimittel, Impfstoffe, Rezeptgebühren

Für Arzt- und Facharztkosten unter I.A(1) und Arzneimittel, Impfstoffe und Rezeptgebühren unter I.A(2) werden Leistungen bis zu einem Gesamthöchstsatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr erbracht.

Erfolgt nachweislich eine Leistung durch die gesetzliche Sozialversicherung, so werden 100 % der nach Abzug des Sozialversicherungsanteils verbleibenden Kosten bis zum Gesamthöchstsatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr ersetzt.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Sozialversicherung, so werden 80 % der Kosten bis zum Gesamthöchstsatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr ersetzt.

- Arzt- und Facharztkosten (für ärztliche, medizinische notwendige Heilbehandlungen, ambulante Operationen; darunter fallen z.B. die Arztberatung, telemedizinische Arztberatung, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG und Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes).

Für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierungen besteht jedoch kein Leistungsanspruch.

- Arzneimittel, Impfstoffe, Rezeptgebühren

Ein Kostenersatz für Arzneimittel sowie homöopathischer Heilmittel erfolgt nur dann, wenn sie ärztlich verordnet worden sind (§5A(8) AVB-1995).

Ersetzt werden Kosten für Impfungen gem. Impfpflicht des Obersten Sanitätsrates (Impfausschuss Österreich). Reiseimpfungen werden nicht ersetzt.

Innerhalb des Gesamthöchstsatzes gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen werden die vollen Rezeptgebühren ersetzt.

B Psychotherapeutische Behandlungen und Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlung, Physikalische Behandlungen, Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen

Die nachfolgend genannten tariflich erbrachten Versicherungsleistungen sind jeweils mit einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr begrenzt.

Erfolgt eine Leistung durch die gesetzliche Sozialversicherung, so werden 100 % der nach Abzug des Sozialversicherungsanteils verbleibenden Kosten bis zum jeweiligen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr ersetzt (ausgenommen Pkt. I.B(4) Heilbehelfe, Hilfsmittel, refraktive Augenoperationen).

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Sozialversicherung, so werden 80 % der Kosten bis zum jeweiligen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr ersetzt.

- Psychotherapeutische Behandlungen

Anerkannte psychotherapeutische Behandlungen gelten nur dann als Versicherungsfall, wenn sie von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten, der eine entsprechende Ausbildung nachweisen kann, durchgeführt werden. Medizinisch notwendige anerkannte psychologische Diagnostik und Therapie gilt nur dann als Versicherungsfall, wenn sie von einem Arzt oder einem klinischen Psychologen, der eine entsprechende Ausbildung nachweisen kann, durchgeführt werden.

- Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlungen

Für folgende Behandlungen werden die Kosten übernommen, wenn sie von Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können, durchgeführt werden: Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chirotherapie, Bioresonanztherapie, Biofeedback, Phytotherapie, Bachblütentherapie, Neuraltherapie, Aromatherapie, Kneipptherapie, Ozontherapie und Eigenblutbehandlungen.

- Physikalische Behandlungen

Für ärztlich verordnete physikalische Behandlungen.

- Heilbehelfe, Hilfsmittel, refraktive Augenoperationen

Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen sind mit einem Gesamthöchstsatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen begrenzt. Dieser Gesamthöchstsatz gilt für die Leistungen gemäß lit. a) pro Kalenderjahr und für die Leistungen gemäß lit. b) für zwei Kalenderjahre.

- Medizinisch notwendige Heilbehelfe und Hilfsmittel werden mit 80 % der Kosten innerhalb des vom Versicherer zu erbringenden Höchstbetrages gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.
- Medizinisch notwendige Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen) sowie refraktive Augenoperationen werden mit 80 % innerhalb des vom Versicherer zu erbringenden Höchstbetrages gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

II. Ambulante Vorsorge

Die Kosten für Untersuchungen und Unterstützungen werden bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr ersetzt. Dies sind beispielsweise:

- Vorsorge Laboruntersuchungen, insbesondere Laboruntersuchungen aus dem Orthomolekularen Bereich, sowie Vitamin-, Spuren- und Mineralstoffanalysen
- Ernährungsberatung
- Reiseimpfungen
- Gen- und DNA-Analysen
- Mundhygiene (nur bei Vorlage des Vergütungsnachweises bzw. des Ablehnungsschreibens der Sozialversicherung)
- Ärztliche vorsorgliche Sporttauglichkeitsuntersuchungen und vorsorgliche sportmedizinische Untersuchungen beim Sportmediziner
- Unterstützung bei Gewichtsreduktion oder Raucherentwöhnung, insbesondere Seminar- und Kursbeiträge, Hypnose
- Unterstützungen für evidenzbasierte Burn-Out Präventionen, evidenzbasierte Methoden zum Stressabbau und psychologische Beratungsgespräche

Insbesondere ausgenommen von der ambulanten Vorsorge sind:

- Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen von stationären Heilbehandlungen
- Kosten für eine vom österreichischen Bundesministerium für Gesundheit empfohlene Gesundheitsuntersuchung
- Schwangerschaften, insbesondere pränatale Schwangerschaftsuntersuchungen
- Kosten für Medikamente, Tropfen, alternative medizinische Präparate, Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel, Appetitzüger, Abnehm-Präparate, Shakes, Drinks oder ähnliche Produkte und alle nicht in Österreich registrierten Heilmittel

Die Kosten für nachfolgende anerkannte ambulante schulmedizinische ärztliche rein vorsorgliche Untersuchungen, bei denen weder Krankheit noch Symptome vorliegen, die eine solche Untersuchung notwendig machen, werden bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr ersetzt:

- kardiologische Untersuchungen
- Ultraschalluntersuchungen
- gynäkologische und urologische Untersuchungen
- endoskopische Untersuchungen

III. Übernahme der Kosten im Zuge einer Direktverrechnung innerhalb des Höchstbetrages

Im Falle einer bestehenden Direktverrechnungsvereinbarung mit einzelnen Vertragspartnern können Leistungen gemäß Punkt I. und II. unter Berücksichtigung des entsprechenden Höchstbetrages direkt verrechnet werden.

Als Vertragspartner gelten die in der entsprechenden Vertragspartnerliste gemäß diesem Tarif angeführten Vertragspartner. Sie gelten solange als Vertragspartner, als diese unseren Qualitätsanforderungen entsprechen und eine aufrechte Vereinbarung besteht. Die für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerliste ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; diese kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen bei einem Vertragspartner aus der Vertragspartnerliste geben wir keine allgemeine Kostendeckungszusage ab. Für den konkreten Einzelfall ist vor der Inanspruchnahme der Leistung eine Kostenübernahmeanfrage (schriftlich oder in geschriebener Form) an uns zu stellen.

Besteht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der tariflichen Leistung ein Vertragsverhältnis mit dem Vertragspartner, können wir gegenüber dem Vertragspartner eine Kostenübernahmeerklärung abgeben und können die Direktverrechnung mit dem Vertragspartner vornehmen. Über das Ergebnis der Kostenübernahmeanfrage werden wir Sie gesondert informieren. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung erbringen wir die unter Punkt I. und II. genannten Leistungen.

Im Falle einer Direktverrechnungszusage wird diese auf den Namen der nach diesem Tarif versicherten Person ausgestellt und ist nicht auf andere Personen übertragbar.

Sollte der Rechnungsbetrag den entsprechenden Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen übersteigen oder sollten Leistungen in Rechnung gestellt werden, die tariflich nicht erstattet werden, ist keine Direktverrechnung möglich.

Ebenso hat die Merkur Versicherung AG das Recht, allfällige, im Zuge der Direktverrechnung bezahlte Leistungen, die über den bedingungsgemäßen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen hinausgehen, zurückzufordern.

IV. Leistungs- und Prämienanpassung

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

V. Beendigung der Versicherung

- Fällt für den Versicherten die sozialversicherungsrechtliche Grundabsicherung (Pflichtversicherung) weg, endet die Versicherung nach diesem Tarif.

(2) Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 13, 14 und 15 AVB-1995 endet die Versicherung nach diesem Tarif mit dem Ende des Haupttarifes.

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

Arzt- und Facharztekosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen und Zahnhalteapparat und Zahnersatz), Arzneimittel, Impfstoffe, Rezeptgebühren				Heilbehelfe, Hilfsmittel, refraktive Augenoperationen			
Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	3.395,00	Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	337,00
				(80 % der Kosten pro Kalenderjahr, wobei Kosten für Heilbehelfe und Hilfsmittel gemäß I.B (4) lit a) jedes Kalenderjahr bis zu 80 % vergütet werden und Sehbehelfe und refraktive Augenoperationen gemäß I.B (4) lit b) nur jedes zweite Kalenderjahr bis zu 80 % vergütet werden)			
Psychotherapeutische Behandlungen							
Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	337,00				
Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlungen							
Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	337,00				
Physikalische Behandlungen				Ambulante Vorsorge			
Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	337,00	100 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis	EUR	150,00

