

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Spitalkostentarif mit ambulanten Arztleistungen MHN5E24SO - Österreich

für Versicherte mit Hauptwohnsitz im Burgenland

mit Selbstbehalt

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 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.

Die Spitalkostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei der Krankenversicherung der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) oder der Sozialversicherung der Selbständigen - Geldleistung (SVS/GL) besteht und sich der Hauptwohnsitz im Burgenland befindet (bei Wohnsitzänderung in ein anderes Bundesland siehe Pkt. XVIII. Wohnsitzänderung).

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. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

Die Leistungen nach Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D, I.E und I.F (stationäre Heilbehandlung) werden bei einem medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt bis inklusive dem 4. Tag ohne Selbstbehalt, bei einem medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt, der über 4 Tage hinausgeht, abzüglich des im zweiten Abschnitt - Leistungen - vereinbarten Selbstbehaltes pro Versicherten und Kalenderjahr erbracht. Als Aufenthaltstag zählt jeder Kalendertag des Krankenhausaufenthalts; der Tag der Aufnahme sowie der Tag der Entlassung zählen dabei jeweils als Aufenthaltstag.

Bei einer Heilbehandlung von Unfallfolgen, bei stationärer Heilbehandlung bei Schwangerschaft und Entbindung und bei nachstehend angeführten schweren Erkrankungen entfällt der Selbstbehalt:

- Bypass-Operation der Koronararterien
Bei klinischer Diagnose von Verengung oder Verschluss von Herzkranzgefäßen mit Indikation einer Bypass-Operation.
- Herzklappenoperation
Operation am Herzen zum Ersatz oder zur Dilatation von Herzklappen.
- 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.
- Operationen bei bösartigen Tumoren
Bei Vorliegen eines histologisch nachgewiesenen invasiven malignen Tumors.
- 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.

A Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses

- Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Vertragskrankenhauses übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen tariflichen Leistungen (Pflegegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nicht-operativen Fällen, Geburtskostenbeihilfe, Kosten für die Hebamme) die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Kosten, abzüglich der satzungsgemäß zu erbringenden Leistungen der BVAEB oder SVS/GL (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer), und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kostenübernahme für Kosten, die die Leistungen der BVAEB oder SVS/GL und den Selbstbehalt übersteigen, erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus.

Bei voller Kostenübernahme ohne Berücksichtigung des Selbstbehaltes und der anteiligen Leistungen der BVAEB oder SVS/GL erfolgt die Ausstellung einer vollen Kostenübernahmeerklärung auf die Differenzkosten und für die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer und Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus, wobei der Selbstbehalt durch den Versicherer vom Versicherungsnehmer eingefordert wird und über Vorschreibung von diesem zu überweisen ist, während die anteiligen Kosten der BVAEB oder SVS/GL für die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer vom Versicherer direkt mit dem Sozialversicherungsträger verrechnet werden.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und in dem Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Krankenhausbühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

- Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.
- In Abänderung der Bestimmung des § 1(2)d) AVB-1995 übernimmt der Versicherer die Kosten für folgende kosmetische Operationen, wenn diese ärztlich empfohlen wurden, die Operationen als stationär notwendig einzustufen sind und die Grundleistung von der Pflichtversicherung getragen wird:

Nasenkorrekturen

Kinnkorrekturen

Ohrenkorrekturen (für Kinder bis zum 18. Lebensjahr)

Brustverkleinerungen

Brustaufbau nach Mammakarzinom

- In Abänderung der Bestimmung des § 1(2)d) AVB-1995 übernimmt der Versicherer die Kosten für präventive Operationen, wenn diese Operationen ärztlich empfohlen wurden und ein ärztlicher Nachweis über eine genetische Hochrisikosituation beigebracht wurde, die Operationen als stationär notwendig einzustufen sind und die Grundleistung von der Pflichtversicherung getragen wird.
- In Abänderung der Bestimmungen des § 4(2)a) AVB-1995 beträgt die Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen, sowie für Fehlgeburten 7 Monate.

B Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland

Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des österreichischen oder ausländischen Sozialversicherungsträgers (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/Mehrbettzimmer) übernommen.

C Stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland werden die Honorare, Behandlungskosten und Tageskosten (Pflegegebühr, Sachaufwand) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der BVAEB oder SVS/GL in voller Höhe vergütet. Gedeckt sind nur solche stationären Heilbehandlungen, die anlässlich von Unfallfolgen oder akuten Erkrankungen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von höchstens 4 Wochen im europäischen Ausland auftreten und die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden vor Antritt des Krankenhausaufenthaltes aufgetreten sind.

D Stationäre aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbare 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 der BVAEB oder SVS/GL einschließlich Transportkosten für die Hin- und Rückreise übernommen.

Eine Leistung für Transportkosten wird nur erbracht, wenn die Hin- und Rückreise von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird.

E Stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der BVAEB oder SVS/GL bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr vergütet. Gedeckt sind nur solche stationären Heilbehandlungen, die anlässlich von Unfallfolgen oder akuten Erkrankungen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von höchstens 4 Wochen im außereuropäischen Ausland auftreten und die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer Krankenanstalt im außereuropäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden vor Antritt des Krankenhausaufenthaltes aufgetreten sind.

F Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

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

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

- 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.

- 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 stationären Merkur-Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet.

Das stationäre Merkur-Operationsgruppenverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

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

(2) Entbindung

Bei einer stationären Entbindung, die nicht unter Pkt. IA oder IB fällt, besteht Anspruch auf die Geburtskostenbeihilfe gemäß Pkt. IX.

(3) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

G Begleitpersonkosten

(1) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. IA werden die mit dem Vertragskrankenhaus vertraglich vereinbarten Kosten für eine Begleitperson übernommen.

(2) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. IB, IC, ID, IE und IF werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson pro Tag bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

(3) In Abänderung der Bestimmungen des § 5 D(20) AVB-1995 werden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt gemäß Abs. (1) und (2) eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die Kosten für eine Begleitperson übernommen, und zwar auch dann, wenn die Begleitperson nicht bei der Merkur Versicherung AG versichert ist.

H Krankenhaus-Ersatztaggeld

(1) Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhaus-Ersatztaggeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen gegen Vorlage der Aufenthaltsbestätigung ausbezahlt.

Für Kinder bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres werden gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen 50% des Tagsatzes für einen Erwachsenen für die Dauer des stationären Aufenthaltes vergütet.

(2) Wenn der stationäre Krankenhausaufenthalt teilweise in der Allgemeinen Gebührenklasse, teilweise in der Sonderklasse absolviert wird, wird gegen Vorlage der Aufenthaltsbestätigung je Aufenthaltstag das Ersatztaggeld der Allgemeinen Gebührenklasse ausbezahlt, welches sich um die angefallenen und vom Versicherer übernommenen Kosten der Sonderklasse gemäß Pkt. I. A-F reduziert. Übersteigen die vom Versicherer übernommenen Kosten der Sonderklasse das Ersatztaggeld je Aufenthaltstag in der Allgemeinen Gebührenklasse, so wird kein Ersatztaggeld ausbezahlt.

I Krankentransportkosten bei stationären Aufenthalten

Transportkosten für eine medizinisch notwendige Überführung in ein Krankenhaus zum Zwecke der stationären Heilbehandlung oder von einem Krankenhaus, in dem eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt wurde, werden bis zum tariflichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen übernommen, sofern kein Anspruch auf Übernahme dieser Transportkosten gegenüber Dritten besteht.

J Palliativtaggeld

Bei stationärem Aufenthalt in einer Palliativstation oder einem Hospiz wird für jeden Aufenthaltstag das Palliativtaggeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen geleistet. Die maximale Leistungsdauer für einen Aufenthalt beträgt 30 Tage. Das Ersatztaggeld wird in diesem Fall nicht zusätzlich geleistet. Die Leistung steht jeder versicherten Person nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

K Psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen

Die Kosten psychologischer Betreuung unmittelbar nach Diagnosestellung durch geeignete, in Österreich dafür zugelassene Personen (darunter fallen z.B. Psychotherapeuten und klinische Psychologen) werden bei folgenden nachweislich vorliegenden Diagnosen übernommen: HIV, bösartiger Tumor, Multiple Sklerose und Querschnittlähmung. Die Leistung ist mit sechs einstündigen Einzelsitzungen pro Erkrankung und dem tariflichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen begrenzt.

L Pauschale bei bösartigen Neubildungen

Die Pauschale bei bösartigen Neubildungen wird geleistet, wenn die versicherte Person nachweislich an einem malignen Tumor erkrankt. Die Leistung gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen steht jeder versicherten Person nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

M Übernahme der Kosten für Einholung einer Zweitmeinung vor Operationen

Die Übernahme der Kosten für Einholung einer Zweitmeinung bei einem anderen als dem erstbehandelnden Facharzt (Zweitarzt) bis zum tariflichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ist auf Wunsch des Versicherten unter folgenden Voraussetzungen möglich:

Dem Versicherten wird nachweislich eine Operation, die eine medizinische Heilbehandlung darstellt und die gemäß dem gültigen stationären Merkur-Operationsgruppenschema mindestens in die Operationsgruppe IV fällt, durch einen Facharzt (Erstbehandler) erstmals empfohlen. Der Zweitarzt ist vom Versicherten frei wählbar. Diese Kostenübernahme ist einmal pro Anlassfall bis zum tariflichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen möglich.

Operationen, die im ursächlichen Zusammenhang mit der Operation, für die bereits eine Zweitmeinung eingeholt wurde, stehen, gelten als ein Anlassfall; für solche Operationen werden keine Kosten für die Einholung von Zweitmeinungen übernommen.

II. Operative ambulante Heilbehandlung

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative ambulante Heilbehandlungen gemäß II.A, II.B und II.C, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung nachweislich vermieden wird.

A Operative ambulante Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus nach diesem Tarif

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen. Allfällige Leistungen der BVAEB oder SVS/GL werden in Abzug gebracht.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Krankenhausgebühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

B Operative ambulante Heilbehandlung bei einem Vertragspartner nach diesem Tarif

Neben den im Vertragskrankenhausverzeichnis genannten Einrichtungen sind weitere nicht angeführte Vertragspartner zur Direktverrechnung berechtigt. 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 Kostenübernahmeerklärung (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 Kostenübernahmeerklärung werden wir Sie gesondert informieren. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, erbringen wir die unter Punkt II. C genannten Leistungen.

C Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II.A und II.B fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Merkur-Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulanten Merkur-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 Merkur-Operationsgruppenverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

III. Konservative ambulante Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus

Versicherungsschutz wird für in einem Vertragskrankenhaus erbrachte medizinisch notwendige onkologische Heilbehandlungen auf dem Gebiet der Strahlen-, Chemo- oder Immuntherapie auch dann gewährt, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von weniger als 24 Stunden erfordert. Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus. Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Krankenhausgebühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

IV. Diagnostische Maßnahmen

A Diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Magnetresonanztomographie und Computertomographie bei Vertragspartnern

Wenn diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Magnetresonanztomographie und Computertomographie bei Vertragspartnern durchgeführt werden, sind diese Vertragspartner zur Direktverrechnung berechtigt. Die für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerliste ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; diese kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein. Sie gelten solange als Vertragspartner, als diese unseren Qualitätsanforderungen entsprechen und eine aufrechte Vereinbarung besteht.

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 Kostenübernahmeerklärung (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 Kostenübernahmeerklärung werden wir Sie gesondert informieren. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, erbringen wir die unter Punkt IV. B genannten Leistungen.

B Diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Magnetresonanztomographie und Computertomographie bei Nichtvertragspartnern

Die Kosten für die Anwendung der Magnetresonanztomographie und Computertomographie werden pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

V. Ambulante Heilbehandlung

A Arzt- und Facharzkosten 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 Facharzkosten unter V.A(1) und Arzneimittel, Impfstoffe und Rezeptgebühren unter V.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.

Eine Inanspruchnahme von Leistungen nach Punkt V.A ist nur möglich, wenn kein oder kein ausreichender Leistungsanspruch nach Punkt IV. besteht (Subsidiaritätsprinzip).

- (1) 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.

- (2) 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 mit einem Gesamthöchstsatz 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 Gesamthöchstsatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr ersetzt (ausgenommen Pkt. V.B(4) Heilbehelfe, Hilfsmittel, refraktive Augenoperationen).

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

- (1) 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.

- (2) 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.

- (3) Physikalische Behandlungen

Für ärztlich verordnete physikalische Behandlungen.

- (4) Heilbehelfe, Hilfsmittel, refraktive Augenoperationen

Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen fallen unter den Gesamthöchstsatz gemäß Pkt. V.B. Dieser Gesamthöchstsatz gilt für die Leistungen gemäß Abs. (4) lit. b) für zwei Kalenderjahre.

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

VI. 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 Gesundenuntersuchung
- . Schwangerschaften, insbesondere pränatale Schwangerschaftsuntersuchungen
- . Kosten für Medikamente, Tropfen, alternative medizinische Präparate, Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, Nahrungsergänzungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel, Appetitzüglern, 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

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

Im Falle einer bestehenden Direktverrechnungsvereinbarung mit einzelnen Vertragspartnern können Leistungen gemäß Punkt V. und VI. 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 V. und VI. 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.

VIII. Ambulante Früherkennung

Versicherungsfall ist die Inanspruchnahme eines vom Versicherten begehrten Früherkennungsprogramms bei definierten Vertragspartnern, sofern für den Versicherten zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die vollständige Prämie für Erwachsene bezahlt wird. Der Versicherer übernimmt die Kosten des gewählten Früherkennungsprogramms durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner. Würde vom Versicherer für ein Früherkennungsprogramm nach diesem Tarif eine Leistung erbracht, so besteht ein neuerlicher Anspruch nach Ablauf von zwei Jahren ab dem Zeitpunkt des ersten Tages der Inanspruchnahme des jeweiligen vorherigen Früherkennungsprogramms.

Das Früherkennungsprogramm kann aus definierten Früherkennungsprogrammen gewählt werden.

Begehrt der Versicherte die Inanspruchnahme eines Früherkennungsprogramms bei einem Vertragspartner, hat er einen Antrag in schriftlicher oder in geschriebener Form beim Versicherer einzubringen.

Die jeweiligen Programmunterlagen werden auf den Namen der nach diesem Tarif versicherten Person ausgestellt und sind nicht auf andere Personen übertragbar.

Die Kosten für die angeführten Leistungen des Früherkennungsprogramms werden nur dann vom Versicherer übernommen, wenn dieser Tarif zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Früherkennungsprogramms aufrecht ist.

Als Vertragspartner gelten die in der Vertragspartnerliste nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertrag geregelt sind.

Die für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerliste ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; diese kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

IX. Geburtskostenbeihilfe

Wenn für eine Entbindung keinerlei Kosten (ausgenommen X. Hebamme) zu vergüten sind, wird für die weibliche Versicherte (Mitversicherte) gegen Vorlage einer Geburtsurkunde eine Geburtskostenbeihilfe gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ausbezahlt.

Bei Mehrlingsgeburten wird für jede weitere Geburt die Hälfte der Geburtskostenbeihilfe geleistet.

In Abänderung der Bestimmungen des § 4(2a) AVB-1995 beträgt die Wartezeit 7 Monate. Wird die Geburtskostenbeihilfe in Anspruch genommen, gilt damit ein bis zu zehntägiger stationärer Krankenhausaufenthalt abgegolten. Dies hat zur Folge, dass kein Anspruch auf Krankenhaus-Ersatztagelohn gemäß Punkt I.H für einen etwaigen stationären Krankenhausaufenthalt im Zusammenhang mit der Entbindung oder deren Nachversorgung für die Dauer der ersten zehn Tage eines solchen stationären Aufenthaltes besteht. Ab dem elften Tag besteht Anspruch auf Krankenhaus-Ersatztagelohn gemäß Punkt I.H.

X. Hebamme

Bei unter Versicherungsschutz stehenden Entbindungen werden zusätzlich Kosten für selbständige Hebammen, einschließlich der Kosten der Vor- und Nachbetreuung, bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Entbindung vergütet, sofern die Rechnungslegung direkt durch die Hebamme erfolgt und die Leistungen einer Hebamme nicht schon im Rahmen des stationären Aufenthaltes mitabgegolten sind.

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

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

XI. Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss, Gesundheitswoche

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

Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes für einen Erwachsenen gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die Prämie für Kinder bezahlt wird.

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 ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (2) Versicherte erhalten für die ärztlich verordnete und von der Sozialversicherung bewilligte stationäre Rehabilitationsbehandlung im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung.

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch das Bewilligungsschreiben der Sozialversicherung, sowie eine von der Rehabilitationsanstalt ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (3) Versicherte erhalten für die ärztlich verordnete und von der Sozialversicherung bewilligte ambulante Rehabilitationsbehandlung im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung.

Nach Beendigung der ambulanten Rehabilitation ist diese durch das Bewilligungsschreiben der Sozialversicherung, sowie durch die Vorlage einer Bestätigung über die einzelnen absolvierten Behandlungstage von einer für ambulante Rehabilitation ausgerichteten Organisationseinheit und Betriebsform jeglicher Art nachzuweisen.

- (4) 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 in schriftlicher oder in geschriebener Form beim Versicherer einzubringen.

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

- (5) 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 gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen, 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 Abs. (1) und Abs. (2) 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.

- (6) Vom Versicherten kann eine Leistung entweder gemäß Abs. (4) oder gemäß Abs. (5) einmal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden, sofern die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.
- (7) Für stationäre Rehabilitationsbehandlungen im Anschluss an eine Erkrankung, ein Trauma oder eine Operation erhält der Versicherte einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage. Für psychosomatische Behandlungen und Aufenthalte in psychosomatischen Krankenanstalten sowie psychosomatischen Abteilungen einer Krankenanstalt erhält der Versicherte einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage.

XII. Krankenrücktransport aus dem Ausland bzw. Krankenbesuchsreise

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

- der Rücktransport medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist, oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Ausland von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, und der Rücktransport ebenfalls medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist,

sowie einer dem Versicherten nahe stehenden Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind).

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

- (2) Der Versicherer stellt für die Organisation und Durchführung des Krankenrücktransportes aus dem Ausland die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport zur Verfügung. Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.
- (3) Wird ein anderes Unternehmen mit der Organisation und Durchführung des Krankenrücktransportes beauftragt, besteht Kostendeckung im Sinne des XII. A (1).
- (4) 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 in schriftlicher oder in geschriebener Form 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.
- (5) 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), (2) und (3) nicht vorliegen.

- (6) Ergibt die Prüfung gemäß Abs. (5), dass Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland besteht, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).

- (7) Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben und sich bei Eintritt des Versicherungsfalles dort aufhalten, bei Auslandsaufenthalten von mehr als 3 Monaten, bei Auslandsreisen mit dem Ziel der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenspringen, Downhill-Biking, Free Solo-Klettern, Slacklines in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montgearbeiten 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).

- (8) 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. XII.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. XII.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 Hilfestellung 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. XII. A Abs. (7).

C Ausnahme vom Versicherungsschutz bei Krankenrücktransport aus dem Ausland bzw. Krankenbesuchsreise

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

XIII. 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 gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. XII.A Abs. (7) und (8) bzw. wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

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

- (1) Für solche ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr vergütet.
- (2) Für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferregulierungen besteht kein Versicherungsschutz.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht außerdem in den Fällen des Pkt. XII.A Abs. (7) bzw. wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

XV. Hubschrauberrettung

- (1) Ersetzt werden die Kosten, die

- bei der Suche und Bergung innerhalb Österreichs eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder eines in Wassernot geratenen Versicherten, oder
- bei einem Transport innerhalb Österreichs zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten ab NACA III (siehe sogleich), oder
- bei einem Transport eines an einer plötzlich auftretenden Krankheit erkrankten Versicherten ab NACA III (siehe sogleich)

durch einen Rettungshubschrauber von dem Ort, an dem der Versicherungsfall eintritt, in ein Krankenhaus entstehen.

Eine Krankheit gilt dann als plötzlich auftretende Krankheit, wenn sie der Bewertung ab NACA III gemäß NACA-Score entspricht.

Der NACA-Score beschreibt den Schweregrad der Verletzung in der Notfallmedizin. Er umfasst ein Scoring-System zur Einordnung des Erkrankungs- oder Verletzungsschweregrades von Patienten in Kategorien.

Entscheidend ist der NACA-Score, der in einem ärztlichen Befundbericht des Notfallmedizi-

ners, von dem der Versicherte während des Transports oder nach dem Transport behandelt wurde, angegeben ist.
Diese Kosten werden bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Versicherungsfall vergütet.

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 nicht übernommen werden.

- (2) Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungs-/Transportberichtes nachzuweisen.

XVI. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

- (1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A(1), I.A(3), I.A(4), I.B, I.C, I.D, I.G(1), II.A, III., XI.(4), XII.A(1), XII.B(1), XII.B(2), und XIII.(1) können seitens des Versicherers frühestens zum 1. des Vormonats der in § 18 AVB-1995 genannten Stichtage in geschriebener Form widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolize oder in einem Nachtrag zur Polize kein anderer frühester Widerrufstermin ausdrücklich angegeben ist.
Der Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam. Ein Widerruf ist für solche stationären Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden der entsprechenden Mitteilung des Versicherers 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 und die BVAEB oder SVS/GL die anteiligen Kosten direkt mit dem Versicherer verrechnet. Der Versicherungsnehmer tritt seinen Anspruch bei der BVAEB oder SVS/GL auf anteilige Kosten für die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer an den Versicherer ab.

XVII. Leistungs- und Prämienanpassung

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

XVIII. Wohnsitzänderung

Die Prämien dieses Tarifs sind auf das Kostenniveau jenes Bundeslandes, in dem der im Antrag angeführte Hauptwohnsitz liegt - gegenständlich Burgenland -, abgestimmt.

Verlegt ein Versicherter seinen Hauptwohnsitz in ein anderes Bundesland Österreichs, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, innerhalb eines Monats nach der Wohnsitzverlegung dies dem Versicherer anzuzeigen. Der Versicherer wird dem Versicherungsnehmer sodann ein Angebot für eine Umstellung dieses Versicherten in einen entsprechenden Krankheitskostentarif des neuen Wohnsitzbundeslandes übermitteln. Im Vortarif zurückgelegte Wartezeiten werden angerechnet.

Nimmt der Versicherungsnehmer das Umstellungsangebot nicht an oder meldet er die

Wohnsitzverlegung dem Versicherer nicht binnen eines Monats, entfällt mit dem Monatsersten, der auf die Übermittlung des Umstellungsangebotes folgt oder ab Kenntniserlangung von der Wohnsitzverlegung durch den Versicherer, die Kostendeckungsgarantie gem. Pkt. I.A(1), I.A(3), I.A(4), I.B, I.C, I.D, I.G(1), II.A, III., XI.(4), XII.A(1), XII.B(1), XII.B(2), und XIII.(1) für diesen Tarif.

XIX. Änderung bzw. Wegfall der Sozialversicherung

- (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 ab Änderung der Sozialversicherungszugehörigkeit Gebrauch gemacht, so ist die Tarifumstellung nur zu dem der Beantragung 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 Sozialversicherungsersatztarif zu verlangen. Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch, endet dieser Tarif mit dem Zeitpunkt des Wegfalls der sozialversicherungsrechtlichen Grundabsicherung.

XX. Eingeschränkter Verzicht auf eine künftige Gesundheitsprüfung

Bei Versicherten in der letztgültigen Anpassungsstufe des derzeitigen Tarifs (siehe § 18 AVB-1995) verzichten wir für den Fall der künftigen Beantragung eines allfälligen dann zum Verkauf stehenden höherwertigeren Spitalskostentarifs (höherwertig bedeutet eine Erweiterung des Leistungsumfanges und/oder der Leistungshöhe) zum Ende der laufenden Versicherungsperiode einmalig auf eine Gesundheitsprüfung und auf neuerliche Wartezeiten, wenn der Versicherte zum Ende der laufenden Versicherungsperiode das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bestehende Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse bleiben unberührt.

Eine solche Umstellung ist vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der laufenden Versicherungsperiode mit eigenhändiger Unterschrift zu beantragen. Wenn die Umstellung für eine mitversicherte Person gewünscht wird, bedarf es zusätzlich auch ihrer eigenhändigen Unterschrift.

Liegen die voranstehenden Voraussetzungen nicht vor, ist eine Umstellung in einen höherwertigeren Spitalskostentarif nur noch mit einer erneuten Gesundheitsprüfung und Einhaltung neuerlicher Wartezeiten möglich.

Zweiter Abschnitt - Leistungen

Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

Der Selbstbehalt beträgt (auch bei mehrfachen Krankenhausaufenthalten) pro Kalenderjahr und pro versicherter Person je nach Ort der stationären Heilbehandlung:

In Wien und außerhalb von Österreich insgesamt höchstens EUR 675,00 und in den Bundesländern insgesamt höchstens EUR 230,00.
Sofern die tatsächlich verrechneten Krankenhausaufenthaltskosten geringer sind als der jeweils zur Anwendung kommende Selbstbehalt, wird nur der Selbstbehalt in Höhe dieser tatsächlich verrechneten Krankenhausaufenthaltskosten verrechnet.
Für Versicherte bis zum 18. Lebensjahr beträgt der Selbstbehalt jeweils die Hälfte des vorgenannten Betrages.
(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses	Psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen Pro Krankheitsgeschehen für max. 6 einstündige Sitzungen bis	EUR	700,00
Pflegegebühren täglich	bis EUR	93,00	
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen interne Behandlungspauschale täglich ab dem ersten Tag	bis EUR bis EUR	424,00 52,17	
Behandlungskosten bei operativen Fällen Ersatz pro Aufenthaltstag	bis EUR	36,52	
Höchstbeträge für Operationskosten:	Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern		
Operationsgruppe I	bis EUR	237,00	
Operationsgruppe II	bis EUR	365,00	
Operationsgruppe III	bis EUR	584,00	
Operationsgruppe IV	bis EUR	986,00	
Operationsgruppe V	bis EUR	1.388,00	
Operationsgruppe VI	bis EUR	1.899,00	
Operationsgruppe VII	bis EUR	2.666,00	
Operationsgruppe VIII	bis EUR	3.652,00	
Stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland	Diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Magnetresonanztomographie und Computertomographie bei Nichtvertragspartnern pro Versicherungsfall	bis EUR	345,00
pro Kalenderjahr	bis EUR	150.000,00	
Begleitpersonskosten	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 Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr	bis EUR	2.264,00
Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag	bis EUR	70,00	
Krankenhaus-Ersatztaggeld	Psychotherapeutische Behandlungen und Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlung, Physikalische Behandlungen, Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen (80 % der Kosten pro Kalenderjahr, wobei Kosten für Sehbehelfe und refraktive Augenoperationen gemäß V.B (4) lit b) nur jedes zweite Kalenderjahr bis zu 80% vergütet werden)	bis EUR	337,00
in der allgemeinen Gebührenklasse für Erwachsene	EUR	140,00	
für Kinder	EUR	70,00	
Krankenhaustransportkosten bei stationären Aufenthalten Pro Kalenderjahr bis	EUR	600,00	
Palliativtaggeld Täglich bis max. 30 Tage für einen durchgehenden Aufenthalt Einmal während der gesamten Versicherungsdauer	EUR	145,00	
	Ambulante Vorsorge 100 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis EUR	150,00
	Geburtskostenbeihilfe Geburtskostenbeihilfe	EUR	2.000,00
	Hebamme Hebamme pro Entbindung	EUR	400,00
	Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss Tagessatz für Erwachsene für Therapiekosten pro Tag	bis EUR EUR	20,00 40,00

Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort

bei Nichtanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Versicherungsfall bis EUR 750,00

Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland

pro Kalenderjahr bis EUR 15.000,00

Hubschrauberrettungskosten

pro Versicherungsfall bis EUR 3.650,00

Bestimmungen für Gesundheitsvorsorgeprogramme

Erster Abschnitt - Leistungsbeschreibung

Die jeweilige Höhe der nachfolgend dargestellten 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. V. 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. Gesundheitsvorsorgeprogramme

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

Einzelne Maßnahmen sind 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, 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 beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.

(2) Der Versicherer übernimmt hierbei die Kosten des Vorsorgeprogrammes, die über die dafür erbrachten Leistungen des Sozialversicherungsträgers hinausgehen.

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

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

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

(6) Als Vertragspartner gelten die im Vertragspartnerverzeichnis für Vorsorgeprogramme nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertrag geregelt sind. Das für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

III. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres

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

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

(3) Ein Anspruch auf Leistung ist nur dann gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die vollständige Prämie für Kinder bezahlt wird.

(4) Als Vertragspartner gelten die im Vertragspartnerverzeichnis für Vorsorgeprogramme nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertrag geregelt sind. Das für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

IV. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Kinder ab dem 7. Lebensjahr bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres

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

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

(3) Ein Anspruch auf Leistung ist nur dann gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die vollständige Prämie für Kinder bezahlt wird.

(4) Die Durchführung dieses Vorsorgeprogrammes erfolgt für Kinder ab dem 7. Lebensjahr bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres in Form eines Gesundheitsevents. Die Termine werden dem Versicherten in Aussendungen der Merkur Versicherung AG bekannt gegeben.

V. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Kinder ab dem 1. Lebensjahr bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres

(1) Die Durchführung dieses Vorsorgeprogrammes erfolgt für Kinder ab dem 1. Lebensjahr bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres, sofern eine nach diesen Bestimmungen versicherte erwachsene Person ebenfalls ein Vorsorgeprogramm in einem der ausgewählten Vertragspartnerhotels absolviert.

(2) Ein Anspruch auf Leistung ist nur dann gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die vollständige Prämie für Kinder bezahlt wird.

VI. Inanspruchnahme bei einem Nichtvertragspartner

(1) Lässt der Versicherte das Gesundheitsvorsorgeprogramm gemäß Pkt. II., III., IV. oder V. nach diesen Bestimmungen bei einem Nichtvertragspartner durchführen und verbleiben dem Versicherten nach Erbringung der Leistungen des Sozialversicherungsträgers Eigenkosten, übernimmt der Versicherer diese Differenzkosten gegen Vorlage der saldierten und bezahlten Originalrechnung bis zu einem Höchstbetrag gemäß den Bestimmungen des zweiten Abschnitts.

(2) Hat der Versicherte keine Sozialversicherung bzw. keinen Sozialversicherungsersatztarif 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 Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen geleistet.

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

VII. Neuerliche Inanspruchnahme

Wurde vom Versicherer für ein Programm gemäß Pkt. II., III., IV., V. oder VI. nach diesen Bestimmungen 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 in schriftlicher oder in geschriebener Form beim Versicherer einzubringen.

Die jeweiligen Programmunterlagen werden auf den Namen der nach diesen Bestimmungen versicherten Person ausgestellt und sind nicht auf andere Personen übertragbar.

Die Kosten für die angeführten Leistungen des Vorsorgeprogrammes werden nur dann vom Versicherer übernommen, wenn ein Anspruch auf diese Leistungen zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme besteht.

IX. 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

Kostensatz bis EUR 300,00

Vorsorgeprogramm für Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bei einem Nichtvertragspartner

Kostensatz bis EUR 150,00

Vorsorgeprogramm für Kinder ab dem 7. Lebensjahr bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres bei einem Nichtvertragspartner

Kostensatz bis EUR 100,00

Vorsorgeprogramm für Kinder ab dem 1. Lebensjahr bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres bei einem Nichtvertragspartner

Kostensatz bis EUR 100,00