

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankenhaustagegeldversicherung

Krankenhaustagegeldtarif MTGR12G 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 geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Durch den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung nach diesem Tarif erhält der Versicherte bei notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten ohne Kostennachweis pro Tag ein Tagegeld in der vereinbarten Höhe.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen.

I. Krankenhaustagegeld

Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes infolge Krankheit, Unfall oder Entbindung wird ein Krankenhaustagegeld bezahlt.

II. Krankenhaustagegeld bei Unfall

Bei einem Krankenhausaufenthalt infolge eines Unfalles verdoppelt sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld.

III. Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(21) AVB-1995 werden bei einem stationären Aufenthalt des versicherten Kindes bis zum 18. Lebensjahr anstelle des versicherten Krankenhaustagegeldes die täglichen Kosten der Begleitperson in einem Krankenhaus oder in einem Hotel bis zu einem täglichen Höchstbetrag übernommen.

Wird für den Begleitpersonkostensatz das versicherte Krankenhaustagegeld nicht zur Gänze ausgeschöpft, kann für das versicherte Kind die Differenz zwischen dem Krankenhaustagegeld und der erbrachten täglichen Begleitpersonleistung ausbezahlt werden.

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.

V. Krankengeld für selbstständig und unselbstständig Erwerbstätige

A Versicherungsfall

- (1) Versicherungsfall nach diesem Tarif ist der Nachweis und die Feststellung einer völligen (100 %) Arbeitsunfähigkeit. Diese liegt dann vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann und auch nicht ausübt; bei selbstständig Erwerbstätigen zusätzlich weder mitarbeitend noch aufsichtsführend oder leitend in Ihrem Beruf (Betrieb) tätig ist oder sein kann.

Ein Krankengeld für selbstständig Erwerbstätige wird nur dann vergütet, wenn eine ärztliche Bestätigung über die 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegt.

Ein Krankengeld für unselbstständig Erwerbstätige wird nur dann vergütet, wenn eine Krankenstandsbestätigung von der gesetzlichen Sozialversicherung vorliegt.

Der Versicherungsfall beginnt mit dem Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfallfolgen und endet, wenn keine völlige Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.

- (2) Kein Versicherungsfall ist die Arbeitsunfähigkeit infolge Schwangerschaft und Entbindung einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen (§ 1 (2) b AVB-1995); es besteht daher kein Versicherungsschutz für eine normale oder anormale Entbindung, für Früh- oder Fehlgeburten (auch wenn ein Unfall die Ursache ist), für Schwangerschaftsbeschwerden und Komplikationen sowie für Folgen der Entbindung und des Wochenbettes.

B Leistungsvoraussetzungen

- (1) Bei einer durch Krankheit oder Unfall hervorgerufenen völligen (100 %) Arbeitsunfähigkeit wird nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit für die Dauer der völligen (100 %) Arbeitsunfähigkeit und Einschluss der Sonn- und Feiertage ein vereinbartes Krankengeld pro Tag geleistet.

Die Karenzzeit beträgt 7 Tage.

- (2) Der Anspruch auf Krankengeld endet mit dem letzten Tag der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit, spätestens zu dem Zeitpunkt, in welchem die gesetzliche Krankenkasse ihre Krankengeldleistungen einstellt.

- (3) Anspruch auf das versicherte Krankengeld besteht auch während einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

- (4) Das Krankengeld wird auch bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt für die völlige (100 %) Arbeitsunfähigkeit bezahlt, allerdings nur für die Dauer einer dortigen medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im europäischen Ausland.

C Summenbegrenzung

- (1) Das versicherte Krankengeld darf nicht mehr als das auf den Tag umgerechnete durchschnittliche Nettoeinkommen der letzten 3 Monate vor dem Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit betragen.

- (2) Bei Minderung des Nettoeinkommens sind das versicherte Krankengeld und die Prämie entsprechend der Minderung herabzusetzen.

D Obliegenheiten

- (1) Die Verletzung folgender Informationspflichten stellt eine Obliegenheitsverletzung im Sinne des § 11 (12) AVB-1995 dar und hat die dort vorgesehenen Sanktionen zur Folge:

Der Versicherungsnehmer und der Versicherte sind verpflichtet, jede Minderung des monatlichen Nettoeinkommens aus unselbständiger Erwerbstätigkeit dem Versicherer zu melden (Pkt. C).

- (2) Die Verletzung folgender Pflichten stellt eine Obliegenheitsverletzung im Sinne des § 11 (11) AVB-1995 dar und hat unter den dort beschriebenen Voraussetzungen Leistungsfreiheit zur Folge:

Der Versicherte ist bei Eintritt des Versicherungsfalles verpflichtet:

- Den Anordnungen des Arztes Folge zu leisten und alles zu vermeiden, was der Wiederherstellung der Gesundheit hinderlich sein könnte.
- Auf Verlangen des Versicherers über den Verlauf der Krankheit, den Umfang der Arbeitsunfähigkeit sowie alle sonstigen für die Prüfung der Leistungspflicht erheblichen Umstände jede gewünschte Auskunft schriftlich oder mündlich zu erteilen.
- Keine auf Erwerb gerichteten sowie keine solchen häuslichen Arbeiten vorzunehmen, die die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit hindern.
- Die Arbeit nicht vor Gesundmeldung aufzunehmen.
- Sich auf Verlangen des Versicherers einer ärztlichen Nachuntersuchung durch einen von dem Versicherer beauftragten Arzt innerhalb von zwei Tagen nach eingegangener Aufforderung zu unterziehen.
- Die Anmeldung einer die völlige Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit hat innerhalb von 8 Tagen nach deren Feststellung beim Versicherer (Generaldirektion oder zuständige Landesdirektion) schriftlich unter Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses mit Angabe der Diagnose zu erfolgen.
- Der Nachweis über den Fortbestand der völligen Arbeitsunfähigkeit ist, unbeschadet des Rechtes des Versicherers, die völlige Arbeitsunfähigkeit durch seine Vertrauensärzte feststellen zu lassen, durch wöchentliche Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung mit Diagnose zu erbringen.
- Die Wiedererlangung der gänzlichen oder teilweisen Arbeitsfähigkeit hat der Versicherte mittels ärztlicher Bestätigung unverzüglich bekanntzugeben.

E Beendigung der Krankengeldversicherung für selbstständig und unselbstständig Erwerbstätige.

- (1) Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 11, 13, 14 und 15 AVB-1995 endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch:

- Durch Beendigung des ständigen Dienst- oder Arbeitsverhältnisses.
- Durch Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit. Eine solche liegt dann vor, wenn die versicherte Person im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 Prozent erwerbsunfähig wird.
- Kündigt der Versicherer die Versicherung gemäß § 14 (1) AVB-1995, endet der Versicherungsschutz in Abänderung der Bestimmungen des § 9 (2) AVB-1995 nach Ablauf von 4 Wochen ab Beendigung des Versicherungsvertrages.

- (3) Leistungen werden für längstens 364 Tage innerhalb von drei Versicherungsjahren erbracht. In diesem Fall entfällt die Krankengeldversicherung zum Ende des Monats, in dem die Leistung für 364 Tage erbracht wurde.

Bei Beendigung der Krankengeldversicherung entfallen die Leistungen gem. Pkt. V. und die Leistungen gem. der Ergänzenden Versicherungsbedingungen für den Rücktransport von Kranken und Verstorbenen aus dem Ausland und es erfolgt eine Umstellung in eine gleichartige Krankenhaustagegeldversicherung.

VI. Familienrabatt, Aufnahmealter

- (1) Familienmitgliedern (Ehegatten, Kinder), welche nach einem Krankenhaustagegeldtarif 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 65 Jahren begrenzt.

VII. 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 E gehörenden Krankenversicherungen zu bilden hat; die Zuführung zur Rückstellung für die Prämie erfolgt entsprechend den jeweils geltenden Bestimmungen der von der Finanzmarktaufsichtsbehörde erlassenen Gewinnbeteiligungs-Verordnung-Krankenversicherung - GBVKVU. 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 eine Monatsprämie, höchstens sechs Monatsprämien. Solange die Rückstellung zur Prämienrückerstattung nicht zur Ausschüttung von mindestens 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.

Die Prämienrückerstattung erfolgt entweder durch Verrechnung mit den laufenden Prämien oder durch Barauszahlung.

(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.

VIII. Leistungs- und Prämienanpassung

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

Zweiter Abschnitt - Leistungen

Stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus

Krankenhaustagegeld EUR 1,00

Stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus bei Unfall

Krankenhaustagegeld bei Unfall verdoppelt EUR 2,00

Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

Kostensersatz für eine Begleitperson: pro Tag EUR 1,00

Krankengeld für selbstständig und unselbstständig Erwerbstätige

Krankengeld täglich EUR 1,00

Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss

Tagessatz für Erwachsene EUR 25,00

Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Rücktransport von Kranken und Verstorbenen aus dem Ausland

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, Heilkostentarife sowie Krankenhaustagegeldtarife 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.

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

I. Versicherungsfall

Versicherungsfall nach diesem Tarif ist ein medizinisch begründeter und ärztlich angeordneter Rücktransport aus dem Ausland (Pkt. II. A), eine akute Erkrankung oder der Eintritt eines Unfalles des Versicherten im Ausland (Pkt. II. B), die Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimort (Pkt. II. C) und die medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall (Pkt. II. D).

Kein Versicherungsfall und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

II. Art und Umfang des Versicherungsschutzes

A Krankenrücktransport aus dem Ausland

(1) Ersetzt werden die entstehenden Kosten eines medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Österreich sowie die entstehenden Kosten der Rückbeförderung einer dem Erkrankten nahestehenden, mitversicherten Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind).

Darin enthalten sind auch die Kosten für die medizinische Abklärung und Beratung durch die Tyrolean Air Ambulance (Abs. 5).

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.

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 im Rahmen dieser Ergänzenden Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden.

(2) Diese Kostendeckungszusage kann seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

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

(3) Diese Zusage gilt, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.

(4) 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.

(5) Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes im Sinne dieser Ergänzenden Versicherungsbedingungen 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 und muß folgende Inhalte haben:

1. Versicherungsnummer des Versicherten bei der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft

2. Versicherungsbeginn des Versicherungsvertrages des Versicherten

3. Name, Alter und ordentlicher Wohnsitz des Versicherten

4. Name, Ort und Telefonnummer des Krankenhauses, in dem sich der Versicherte befindet, sowie Name, Erreichbarkeit und Verständigungssprache des behandelnden Arztes

5. Art der Erkrankung oder des Unfalles und gegenwärtiger Krankheitszustand des Versicherten

6. Angaben über die Kontaktperson im Ausland (Name, Anschrift, Telefonnummer, Telefaxnummer, Name des Hotels).

(6) Nach den Angaben unter Abs. (5) hat die Tyrolean Air Ambulance im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Krankenrücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zu entscheiden. Sie hat den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, daß der Versicherungsschutz nach diesen Ergänzenden Versicherungsbedingungen besteht und die Voraussetzungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gemäß Abs. (1) und (4) nicht vorliegen.

(7) Ergibt die Prüfung gemäß Abs. (6), daß Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland besteht, erfolgt dieser Rücktransport mit eigens ausgerüsteten Krankenfahrzeugen. Erfordert der Zustand des Versicherten einen raschen Rücktransport, wird dieser mit einem Linienflugzeug durchgeführt, bei akuter Lebensgefahr kann der Rücktransport aus Europa und den Mittelmeerländern mit einem speziell ausgerüsteten Notarztflugzeug durchgeführt werden. Als Europa und Mittelmeerländer gelten hierbei ganz Europa, alle an das Mittelmeer angrenzenden Länder (entsprechend ihrer Staatsgrenze), alle im Mittelmeer gelegenen Inseln, die Kanarischen Inseln und Madeira.

- (8) Kein Versicherungsschutz besteht 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).
- (9) Die Tyrolean Air Ambulance und die Merkur Versicherung Aktiengesellschaft haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Verfügungen von Hoher Hand (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. II. A vorliegen, oder ein solcher durchgeführt wurde, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Organisation einer Krankenbesuchsreise einer dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehenden und von diesem gewünschten mitversicherten 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 im Sinne des Pkt. II. 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) Für diese Zusage gilt Pkt. II. A Abs. (2) und (3).
- (4) 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 Tyrolean Air Ambulance Ges.m.b.H., A-6026 Innsbruck, Flughafen, erfolgt.
- (5) Kein Versicherungsschutz besteht bei Auslandsreisen, die der Erkrankte (Verunfallte) mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten u. dgl. unternimmt, 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).
- C Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort**
- (1) Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft durch die von ihr bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.
- (2) Für diese Zusage gilt Pkt. II. A Abs. (2) und (3).
- (3) Wird die Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem bestimmten Höchstbetrag vergütet.
- (4) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. II. A Abs. (8) und (9).
- D Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise oder einem vorübergehenden Aufenthalt 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 nicht ausgeschlossen.
- (2) Für Zahnbehandlungen, Zahnröntgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.
- III. Leistungs- und Prämienanpassung**
- Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

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

Krankenrücktransport aus dem Ausland	bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Versicherungsfall	bis	EUR	726,73
bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Versicherungsfall		bis	EUR	3.650,00
Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort	bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Kalenderjahr	bis	EUR	726,73