

Krankenversicherung

Ergänzendes vorvertragliches Informationsblatt
für Krankenversicherungsprodukte (DIP aggiuntivo Danni)

MERKUR Versicherung AG
Produkt: Novum Südtirol

Jänner 2020
letzte verfügbare Version

merkur
VERSICHERUNG 

Das vorliegende Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Krankenversicherungsprodukte (DIP Danni), um dem potenziellen Versicherungsnehmer die Produkteigenschaften, die vertraglichen Verpflichtungen und die Vermögenssituation des Unternehmens verständlich und detailliert darzustellen.

Vor der Unterzeichnung des Versicherungsvertrages muss der Versicherungsnehmer Einsicht in die Versicherungsbedingungen nehmen.

MERKUR Versicherung Aktiengesellschaft, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, A-8010 Graz, Telefon: +43 316 8034-0, Fax: + 43 316 8034-2534, Internetseite: www.merkur.at, E-Mail: merkur@merkur.at

Kontaktstelle für Südtirol:

Regionaldirektion West, Leopoldstraße 17, A- 6020 Innsbruck, Telefon: +43 512 598 40-3737, Fax: +43 512 598 40-3729, Internetseite: www.merkur-versicherung.it, E-Mail: office@merkur-versicherung.it, PEC-Mail: office.merkur@legalmail.it

Die Merkur Versicherung AG ist ein österreichisches Versicherungsunternehmen in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft, mit Geschäftssitz und Generaldirektion in der Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz (Österreich), Telefon: +43 316 8034-0, Internetseite: www.merkur.at, E-Mail: merkur@merkur.at.

Der Versicherer ist im Firmenbuch des Landesgerichts Graz als Handelsgericht unter der Nummer FN 38045z eingetragen und übt die Versicherungstätigkeit aufgrund der von der zuständigen österreichischen Aufsichtsbehörde (Finanzmarktaufsicht „FMA“) erteilten Konzession aus. Der Versicherer untersteht der Kontrolle der vorgenannten Aufsichtsbehörde. Die Merkur Versicherung AG ist zur Ausübung der Versicherungstätigkeit im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs gemäß Artikel 24 Legislativdekret vom 7. September 2005 („Versicherungskodex“) zugelassen und im Register der Versicherungsunternehmen der IVASS unter der Nummer II.00799 eingetragen.

Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz (2018) entspricht das Eigenkapital der Merkur Versicherung AG einem Betrag in Höhe von EUR 133,40 Millionen (EUR 69,95 Millionen für die Krankenversicherung, EUR 29,22 Millionen für die Sach- und Unfallversicherung und EUR 34,23 Millionen für die Lebensversicherung). Das Grundkapital beträgt EUR 11,70 Millionen (EUR 2,92 Millionen für die Krankenversicherung, EUR 2,21 Millionen für die Sach- und Unfallversicherung und EUR 6,57 Millionen für die Lebensversicherung). Die Rücklagen (Kapital-, Gewinn-, und Risikorücklagen) belaufen sich auf insgesamt EUR 121,70 Millionen (EUR 67,03 Millionen für die Krankenversicherung, EUR 27,01 Millionen für die Sach- und Unfallversicherung und EUR 27,66 Millionen für die Lebensversicherung).

Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz entspricht die Solvabilitätsrate 232,5 %. Die Mindestkapitalanforderung beträgt EUR 58,24 Millionen wobei die Solvenzkapitalanforderung EUR 232,98 Millionen beträgt. Die weiteren Informationen zur Vermögenslage und Solvabilität des Unternehmens entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter <https://www.merkur-versicherung.it/solvency>.

Das Vertragsverhältnis zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer unterliegt österreichischem Recht, unter Abschluss der Verweisnormen des internationalen Privatrechts. Für den Fall, dass zwingende Regelungen des italienischen Rechts für den Versicherungsnehmer günstiger sind, gehen diese dem österreichischen Recht vor.



Was ist versichert?

Versichert sind (Grunddeckung):

- die Kosten (Operationskosten, Honorare, Aufenthaltskosten Materialkosten) einer medizinisch notwendigen stationären oder ambulanten operativen Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus in Südtirol.
- die Kosten für eine Begleitperson für versicherte Kinder bis zum 18. Lebensjahr.
- ambulante Vorsorgeleistungen (check-up)
- Behandlung als Privatpatient bei niedergelassenen Ärzten nach schul- und alternativmedizinischen (z.B.: Homöopathie, Akupunktur) Methoden
- Rehabilitation nach Operationen
- Diagnostische Untersuchungen z.B. CT und MR
- Direktverrechnung mit Vertragskrankenhäusern
- Weltdeckung, wenn der medizinische Standard in Südtirol und Tirol nicht gegeben ist
- erweiterte Weltdeckung bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt im Rahmen einer Urlaubsreise von bis zu 4 Wochen
- ambulante Heilbehandlungen im Ausland (außerhalb der autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. Tirol) bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt von bis zu 4 Wochen
- Rückholdienst aus dem Ausland (außerhalb der autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. Tirol) inkl. Nachreise (auch Überführung)

Folgende Leistungen können je nach gewähltem Tarif zusätzlich versichert werden:

- medizinisch notwendige stationäre oder ambulant-operative Heilbehandlungen in einem Vertragskrankenhaus in Tirol
- medizinisch notwendige nicht-operative stationäre Heilbehandlungen in einem Vertragskrankenhaus in Südtirol oder Tirol
- Einbettzimmer
- Rehabilitation nach nicht-operativen Krankenhausaufenthalten
- Geburtskostenpauschale statt Kostenersatz
- Hubschrauberkosten bei Unfall oder plötzlicher lebensbedrohender Krankheit
- Europadeckung in öffentlichen Spitälern
- Ersatztagegeld statt Kostenersatz
- Heilbehelfe (z.B. Brillen oder Kontaktlinsen)
- Medikamente
- Gesundheitsvorsorgeprogramme



Was ist NICHT versichert?

Risiken die nicht versichert sind

- bestimmte Vorerkrankungen des Versicherungsnehmers
- Zahnbehandlungen und Implantationen
- Künstliche Befruchtungen und deren Folgen
- Kosmetische Behandlungen und Produkte
- Präventive Behandlungen und Eingriffe
- Maßnahmen zur Empfängnisverhütung
- Eingriffe wegen Übergewicht
- Maßnahmen der Geriatrie und Pflege
- nicht in Italien und Österreich registrierte Arzneimittel
- Nahrungsergänzungsmittel, Nahrungsmittel für besondere medizinische Zwecke



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Genereller Selbstbehalt:
10 % bzw. maximal EUR 500,- bei Heilbehandlungen in einem Vertragskrankenhaus in Südtirol
10 % bzw. maximal EUR 2.000,- bei Heilbehandlungen außerhalb Südtirols
- Heilbehandlungen wegen bestimmten Ursachen oder Ereignissen, z.B. Alkohol- und Suchtgift-Missbrauch
- Höchstbeträge je Kalenderjahr, Behandlungs- und Leistungsart
- **Allgemeine Wartezeit:** 3 Monate (ausgenommen bei Unfällen und gewissen Infektionskrankheiten)
- **Besondere Wartezeit:** 9 Monate (bei Schwangerschaft, Entbindung und in diesem Zusammenhang stehende Untersuchungen)
- Prozentuelle Rückvergütung und Einhaltung der üblichen Nutzungsdauer für bestimmte Leistungen
- Bestimmte Zimmerkategorien
- Regressanspruch § 67 VersVG:
Gemäß § 67 VersVG geht – für den Fall, dass dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zusteht – der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt.



Welche Verpflichtungen habe ich? Welche Verpflichtungen hat das Unternehmen?

Was ist im Schadensfall zu tun?	Schadensmeldung: Sofern keine Direktverrechnung mit den Vertragskrankenhäusern, erfolgt die Einreichung von stationären oder ambulanten Leistungsabrechnungen, Heilbehelfs- oder Medikamentenrechnungen via E-Mail und Fax.
	Externe oder konventionierte Dienstleister: Merkur Lifestyle GmbH, als 100 %-ige Tochter der Merkur Versicherung AG
	Abwicklung seitens anderer Unternehmen: fit4life und time4me - Gesundheitsvorsorgeprogramme werden von der Merkur Lifestyle GmbH mitabgewickelt
	Verjährung: Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) binnen drei Jahren, wobei diese Frist gegenüber Dritten erst ab Kenntnis des Rechts auf die Leistung des Versicherers zu laufen beginnt. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.
Unrichtige oder unvollständige Angaben	Die Merkur Versicherung AG muss vollständig und ehrlich über das versicherte Risiko informiert werden – vor Vertragsabschluss und während der Vertragslaufzeit. Vor allem sind alle Fragen im Antragsformular vollständig und ehrlich zu beantworten. Bis zu dem Tag, an dem Sie die Polizza erhalten, ist der Versicherer schriftlich über Änderungen zu informieren z.B. über gesundheitliche Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Behandlungen, Schwangerschaft.
Mitwirkungspflicht	An der Feststellung des Versicherungsfalles und seiner Folgen ist mitzuwirken, z.B. sind Aufenthaltsbestätigungen, Rechnungen und ärztliche Unterlagen an den Versicherer zu übermitteln; bei Medikamenten, Heilbehelfen und bei physikalischen Therapien und ganzheitsmedizinisch ambulanten Heilbehandlungen ist eine ärztliche Verordnung erforderlich.
Verpflichtungen des Versicherers	Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt im Leistungsfall nach Überprüfung der übermittelten Belege durch den Kunden bzw. durch das Vertragskrankenhaus.



Wann und wie zahle ich?

Prämie	Die Prämie ist im Voraus direkt an die Merkur Versicherung AG, mittels Einzugsverfahren (SEPA) entsprechend den gesetzlichen Vorgaben zu bezahlen. Die Prämienzahlung erfolgt monatlich im Voraus. Die Prämien enthalten die gesetzliche (italienische) Versicherungssteuer, welche getrennt in der Polizza angeführt wird. Eine Wertanpassung der Prämie und der Versicherungssummen gemäß des vom Statistikanstitut ISTAT veröffentlichten Index, sowie aufgrund einer Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung, der Veränderung der Häufigkeiten der Inanspruchnahme von Leistungen und die Veränderung durch Gesetz, Verordnung oder Vertragspartner gilt als vereinbart. Die Prämie kann sich jährlich zum Anpassungszeitpunkt erhöhen oder verringern.
Rückzahlung	Bei Vertragsrücktritt des Versicherers erfolgt keine Rückerstattung der Prämie.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Dauer	<p>Der Versicherungsbeginn ist wie im Vertrag vereinbart und in der Polizza angegeben. Dies unter der Voraussetzung der fristgerechten Bezahlung der ersten Prämie.</p> <p>Der Versicherungsschutz gilt lebenslang. Er endet erst, wenn Sie kündigen oder im Todesfall.</p>
Stilllegung	<p>Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag nicht stilllegen.</p>



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Rücktritt nach Abschluss	<p>Rücktrittsrecht nach § 5c VersVG</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen in geschriebener Form (z.B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.2. Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (=Zusendung der Polizza bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder –änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.3. Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötendorf-Straße 84 in 8010 Graz (Österreich) oder merkur@merkur.at. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam, wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreeters gelangt.4. Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.5. Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben. <p>Rücktrittrecht nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Sie sind als Verbraucher im Sinne des (§1 Abs.1 Z2) Konsumentenschutzgesetz berechtigt, ohne Angaben von Gründen vom Vertrag zurücktreten, sofern der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (zB. Internet, E-Mail, udgl.) abgeschlossen wurde.2. Die Rücktrittsfrist beträgt 14 Tage und beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses zu laufen.3. Haben Sie die Bedingungen und die Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, beginnt die Frist erst mit Erhalt all dieser Bedingungen und Informationen zu laufen.4. Innerhalb der Rücktrittsfrist darf mit der Erfüllung des Vertrages erst mit Ihrer ausdrücklichen Zustimmung begonnen werden.5. Der Rücktritt ist schriftlich an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötendorf-Straße 84, 8010 Graz zu richten. Ferner haben Sie die Möglichkeit den Rücktritt auf einem anderen, uns zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger zu erklären. Das Absenden innerhalb der Rücktrittsfrist ist fristwährend.6. Treten Sie vom Vertrag zurück, so kann der Versicherer von Ihnen die unverzügliche Zahlung des Entgelts für die vertragsgemäß tatsächlich bereits erbrachten Dienstleistungen nach § 12 FernFinG verlangen.7. Wird der Rücktritt nicht innerhalb der Rücktrittsfrist erklärt, sind Sie an den Vertrag gebunden.
Auflösung	<p>Der Versicherungsvertrag wird auf Lebenszeit des Versicherungsnehmers abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des dritten Versicherungsjahres, mit einer Frist von zwei Monaten zu kündigen.</p>



An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkt richtet sich an Privatpersonen, die eine Ergänzung zur gesetzlichen Sozialversicherung im stationären und ambulanten Bereich suchen.



Für welche Kosten muss ich aufkommen?

Vermittlungskosten

Der Anteil, den die Vermittler beziehen, beträgt durchschnittlich 15,00 %.

Wie melde ich Beschwerden und kann Streitigkeiten beilegen?

An das Versicherungsunternehmen

Der Versicherungsnehmer sowie die versicherte Person dieses Vertrages haben die Möglichkeit der Einreichung einer Beschwerde beim Beschwerdemanagement der Merkur Versicherung AG unter meinanliegen@merkur.at oder mittels Online-Formular unter www.merkur.at/beschwerde-lob.

Diese Beschwerde kann auch postalisch an die Merkur Versicherung AG, Beschwerdemanagement, A-8010, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, gesandt werden. Eine Beschwerde im Sinne des Beschwerdemanagements ist eine Äußerung aufgrund erheblicher Unzufriedenheit im Hinblick auf den Versicherungsvertrag, die erbrachte Leistung, die Dauer der Bearbeitung als auch das Verhalten eines Mitarbeiters.

Die Beschwerde muss, sofern sie nicht mittels Online-Formular eingereicht wurde, folgende Daten enthalten:

- Vor- und Nachname und vollständige Adresse des Beschwerdeführers
- Polizzenummer und Daten des Beschwerdeführers
- Eine eventuell vorhandene Schadennummer
- Grund der Beschwerde und Schilderung des Sachverhalts

Die Beschwerden, die das Verhalten von Brokern oder Mehrfachagenturen betreffen, müssen direkt an diese gesendet werden.

Beschwerden an das Beschwerdemanagement der Merkur Versicherung AG werden innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Einlangen bearbeitet. Sollte diese Frist wider Erwarten nicht eingehalten werden können, wird der Beschwerdeführer umgehend darüber informiert.

An das IVASS

Im Falle einer unzureichenden oder verspäteten Antwort ist es möglich sich an das IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, Fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it, Info auf: www.ivass.it, zu wenden.

<p>An das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz</p>	<p>Weiteres können Sie Ihre Beschwerde auch an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz richten:</p> <p>Beschwerdestelle über Versicherungsunternehmen im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz Abteilung III/3</p> <p>Stubenring 1, A-1010 Wien Telefon: (+43-1) 71100/862501 oder 862504 E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at</p>
<p>An den VVO</p>	<p>Darüber hinaus können Sie Ihre Beschwerde auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs richten:</p> <p>Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO)</p> <p>Schwarzenbergplatz 7, A-1030 Wien Homepage: www.vvo.at</p>
<p>Im Falle von Streitigkeiten haben Sie auch die Möglichkeit, sich an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, www.verbraucherschlichtung.at, zu wenden. Unternehmen sind nicht verpflichtet, sich daran zu beteiligen.</p>	

Bevor der Rechtsweg beschritten wird, ist es auch möglich, die Streitigkeiten außergerichtlich beizulegen, dies kann folgendermaßen passieren:

<p>Mediation</p>	<p>Es kann ein vom Justizministerium angebotenes Schlichtungsverfahren in Anspruch genommen werden. Für nähere Informationen siehe hierzu: www.giustizia.it (Gesetz 09.08.2013, Nr. 98).</p>
<p>Begleitete Verhandlung mit Rechtsbeistand</p>	<p>Verhandlungsverfahren mit Unterstützung des eigenen Anwalts, um zu einer einvernehmlichen Lösung des Streitfalls zu kommen.</p>
<p>Andere Verfahren um Streitigkeiten beizulegen</p>	<p>Im Falle grenzüberschreitender Streitigkeiten zwischen einem Versicherungsnehmer, der Bürger eines Mitgliedstaates ist und einem Unternehmen, welches seinen Firmensitz in einem anderen Mitgliedstaat hat, kann der in Italien ansässige Beschwerdeführer seine Beschwerde an die italienische Versicherungsaufsicht IVASS oder direkt an die zuständige ausländische Schlichtungsstelle richten.</p> <p>In diese, Fall kann ein Antrag zur Schlichtung an die FIN-NET gestellt oder die zuständige ausländische Schlichtungsstelle unter http://ec.europa.eu/finance/fin-net ermittelt werden.</p>

Lesen Sie vor dem Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens die Empfehlungen und Hinweise im Versicherungsantrag aufmerksam durch. Unrichtige oder unvollständige Angaben können den Anspruch auf die Versicherungsleistung beschränken oder ausschließen.

Für diesen Vertrag gibt es KEIN Online-Kundenportal. Das bedeutet, dass nach Unterzeichnung des Vertrages, dieser nicht online verwaltet werden kann.