

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Spitalskostentarif MHNSTEP26P für Versicherte mit Hauptwohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol nach Vertragskrankenhausverzeichnis – Liste 2ST 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 MST 2020 / in der geltenden Fassung – in weiterer Folge AVB MST 2020 genannt). Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Die Spitalskostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei einem Sozialversicherungsträger in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol besteht und sich der Hauptwohnsitz des Versicherungsnehmers/Versicherten in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol befindet.

Unter Anwendung der Bestimmungen des §1 AVB MST 2020 werden insbesondere unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 11 AVB MST 2020 (Subsidiaritätsklausel / Anspruch gegen Dritte) folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt dieser Bedingungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende **Höchstbeträge**.

Die Leistungen nach Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D und I.E sowie II.A, II.B und II.C werden bei einer medizinisch notwendigen stationären oder operativ ambulanten Heilbehandlung **abzüglich eines Selbstbehaltes pro Versicherten und Versicherungsfall** erbracht. Die Höhe des Selbstbehaltes beträgt **pro Versicherungsfall 10% der Gesamtleistung des Versicherungsfalls**, jedoch **maximal € 540 pro Kalenderjahr** für stationäre Aufenthalte bzw. operativ ambulante Heilbehandlungen in einer Vertrags-Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol sowie **maximal € 2.151 pro Kalenderjahr** für stationäre operative Aufenthalte sowie operative ambulante Heilbehandlungen außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol.

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

A Stationäre operative Heilbehandlung in der Sonderklasse / Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer einer Vertrags-Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol inkl. Ticketgebühr sowie einem Vertragskrankenhaus in Tirol

(1) Bei stationärer operativer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer einer Vertrags-Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol sowie einem Vertragskrankenhaus in Tirol übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegegebühren, Operationskosten) die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der Pflichtkrankenkasse (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer in einer Vertrags-Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. einem Vertragskrankenhaus in Tirol) inkl. Ticketgebühr. Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Verwaltung der jeweiligen Vertrags-Privatklinik bzw. der Krankenhausverwaltung.

Als Vertrags-Privatkliniken bzw. Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragspartnerverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol sowie Vertragskrankenhäuser Tirols. **Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertrags-Privatkliniken bzw. Vertragskrankenhäuser, wie die Klinikgebühren, Krankenhausgebühren und Arzthonorare durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.**

(2) Wenn der stationäre Aufenthalt zum Zwecke einer operativen Heilbehandlung angetreten wurde, es aufgrund äußerer Umstände, wie zB organisatorische Probleme oder Probleme medizinischer Art (zB nicht operativ) jedoch zu keiner Operation kommt, besteht Versicherungsschutz gem. (1) **für längstens 3 Tage**. Der Selbstbehalt wird dem Versicherten für den entstandenen Versicherungsfall in Rechnung gestellt.

(3) Sollten nach Beendigung eines stationären Aufenthaltes gem. (1) Folgebehandlungen medizinisch notwendig sein, besteht Versicherungsschutz **nur, wenn eine weitere operative Heilbehandlung erforderlich ist.**

(4) Kein Versicherungsfall im Sinne dieses Tarifes sind Schwangerschaft und Entbindung einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Untersuchungen und medizinisch notwendiger Heilbehandlungen sowie Fehlgeburten (§1 (2) b) AVB MST 2020).

B Stationäre operative Heilbehandlung in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus im europäischen Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol)

Bei einer stationären operativen Heilbehandlung in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus im europäischen Ausland werden die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der dort ansässigen Pflichtkrankenkasse **abzüglich der zu vergütenden Leistungen des italienischen Sozialversicherungsträgers zur Allgemeinen Gebührenklasse sowie Sonderklasse/Mehrbettzimmer oder eines Sozialversicherungssatztarifes** in voller Höhe übernommen.

Die Kostenübernahme für Aufenthalte im europäischen Ausland erfolgt **nach Vorlage der saldierten Krankenhausrechnung inklusive sämtliche zur Beurteilung notwendige Unterlagen.**

C Stationäre aufgrund des medizinischen Standards in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol oder in einem mit dem nationalen Gesundheitsdienst Südtirols konventionierten Krankenhaus in Österreich nicht durchführbare operative Heilbehandlung in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol)

Bei medizinisch notwendiger stationärer operativer 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 der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol oder in einem mit dem nationalen Gesundheitsdienst Südtirols konventionierten Krankenhaus in Österreich nicht durchführbar ist, werden weltweit die vollen Kosten **abzüglich der zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers** oder eines Sozialversicherungssatztarifes 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.

D Stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse / Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im europäischen (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) bzw. außereuropäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse / Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im europäischen bzw. außereuropäischen Ausland werden 100% der Kosten abzüglich der zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungssatztarifs bis zu einem **Höchstbetrag pro Kalenderjahr** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

Die stationäre Heilbehandlung beschränkt sich auf anlässlich eines **vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von höchstens 4 Wochen im europäischen bzw. außereuropäischen Ausland** auftretende Unfallfolgen oder akute Erkrankungen, die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer Krankenanstalt im europäischen bzw. außereuropäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden aufgetreten sind.

E Stationäre operative Heilbehandlung in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

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

(a) Pflegegebühren
sind die Differenz der Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse auf die Sonderklasse/Mehrbettzimmer.

(b) Behandlungskosten bei operativen Fällen

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

Zusätzlich werden Operationskosten entsprechend dem Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet. Das Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt. Werden anstelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt, erfolgt eine Vergütung **bis zum halben Ausmaß der jeweiligen Operationsgruppe**.

F Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

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

(2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß I.B, I.C, I.D und I.E werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag bis zu einem **Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen** vergütet.

(3) In Abänderung der Bestimmungen des § 5 D (12) AVB MST 2020 werden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt gemäß (1) und (2) eines mitversicherten Kindes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die Kosten für eine Begleitperson übernommen und zwar auch dann, wenn diese nicht versichert ist.

G Krankenhaus-Ersatztagegeld

(1) Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes gemäß Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D oder I.E keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhaus-Ersatztagegeld ausbezahlt. Für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahrs werden gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser **Bedingungen 50% des Tagsatzes für die Dauer des stationären Aufenthaltes** vergütet.

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

(3) Für stationäre Heilbehandlungen gemäß Pkt. I.A dieser Bedingungen in einem anderen Krankenhaus Tirols bzw. in einer anderen Privatklinik der Autonomen Provinz Bozen-Südtirols wird gegen Vorlage eines Kostennachweises sowie der nachgewiesenen Aufenthaltsdauer je Aufenthaltstag ein Krankenhaus-Ersatztagegeld **pro Tag bis zu einem Höchstbetrag** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

H Krankentransportkosten

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

II. Operative ambulante Heilbehandlung in Privatkliniken und Krankenhäusern

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative Heilbehandlungen, die in einer Privatklinik oder im Krankenhaus durchgeführt werden, **wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung nachweislich vermieden wird**. Kein Versicherungsfall im Sinne dieses Tarifes sind die Schwangerschaft und Entbindung einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlung und Untersuchungen sowie Fehlgeburten (§1 (2) b) AVB MST 2020).

A Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertrags-Privatklinik inkl. Ticketgebühr in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol nach diesem Tarif

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertrags-Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit der betreffenden

Vertrags-Privatklinik festgesetzten oder vereinbarten Kosten. **Allfällige Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder einem entsprechenden Sozialversicherungssatztarifes werden in Abzug gebracht.**

Die Kosten werden direkt mit der Vertrags-Privatklinik verrechnet.

Als Vertrags-Privatkliniken gelten die im Vertragsklinik-Verzeichnis nach diesem Tarif angeführten Vertrags-Privatkliniken und zwar solange die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

B Operative ambulante Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus oder in einer Vertragstagesklinik in Tirol nach diesem Tarif

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus oder in einer Vertragstagesklinik in Tirol übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Kosten. **Allfällige Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder einem entsprechenden Sozialversicherungssatztarifes werden in Abzug gebracht.**

Die Kosten werden direkt mit dem Vertragskrankenhaus verrechnet.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Vertragskrankenhäuser und zwar solange die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

C Operative ambulante Heilbehandlung in einer anderen Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol oder in einem anderen Krankenhaus in Tirol

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II. A oder II.B fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls maßgebend ist, vergütet. **Allfällige Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines entsprechenden Sozialversicherungssatztarifes werden in Abzug gebracht.**

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

Das ambulante Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

III. Ambulante Heilbehandlung

A Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten, Zahnmediziner, Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde), Rezeptgebühren, Ticketgebühren

Diese tariflichen Versicherungsleistungen pro Kalenderjahr sind mit **einem Gesamthöchstbetrag pro Kalenderjahr** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen begrenzt.

(1) Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten, Zahnmediziner, Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde)

Arzt- und Facharztkosten werden für Schul- und Ganzheitsmedizin sind für Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination) und Hausbesuche (Visite), Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktions, EKG erbracht. Für Arzt- und Facharztkosten werden **80% der Kosten bis zu einem Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

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

Eine Inanspruchnahme von Leistungen nach Pkt. III. A ist nur möglich, wenn kein oder kein ausreichender Leistungsanspruch nach Pkt. II. A, II. B, II.C und III. C. besteht (Subsidiaritätsprinzip).

(2) Rezept- und Ticketgebühren

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

b) Die Kosten für Ticketgebühren welche im Rahmen von Arzt- und Facharztbesuchen entstehen werden, nach Vorlage des Kostennachweises, zu 100% **bis zu einem Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

B Ambulante Vorsorge

(1) Die Kosten für folgende schulmedizinisch anerkannte Vorsorgeleistungen beim Arzt oder Facharzt, sowie sportmedizinische Untersuchungen beim Sportmediziner werden **alle 2 Jahre bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt:

Kardiologische Vorsorgeuntersuchungen (EKG, Ergometrie, CT)
Ultraschalluntersuchungen (Schilddrüse, innere Organe, Gefäße)
Gynäkologische und urologische Vorsorgeuntersuchungen
Endoskopische Untersuchungen (Magen, Darm)
Vorsorge – Laboruntersuchungen
Gentechnikuntersuchungen
Sportmedizinische Untersuchungen inklusive Sporttauglichkeitsuntersuchungen

(2) Die Kosten für die gesetzliche Gesundenuntersuchung werden nicht ersetzt.

(3) Wurde vom Versicherer nach diesem Tarif eine Leistung erbracht, so besteht ein neuerlicher Anspruch nach Ablauf von 2 Jahren ab dem Zeitpunkt des Beginns der letzten Leistungsinanspruchnahme.

C Diagnostische Untersuchungen

Kosten für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie und Röntgen werden zur Gänze **bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

D Arzneimittel, Impfstoffe, ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlung, Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen

Diese tariflichen Versicherungsleistungen pro Kalenderjahr sind in Summe mit einem **Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr** begrenzt.

Es werden **80 % der Kosten bis zum Gesamthöchstsatz** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen **pro Kalenderjahr** ersetzt.

(1) Arzneimittel, Impfstoffe

Ein Kostenersatz für Arzneimittel sowie homöopathische Heilmittel erfolgt nur dann, **wenn sie ärztlich verordnet worden sind.**

ersetzt werden Kosten für Impfungen gemäß Impfempfehlungen **des Obersten Sanitätsrates (Impfausschuss Österreich) bzw. des Gesundheitsministeriums Italiens; Reiseimpfungen werden nicht ersetzt.**

(2) Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlung

Für ganzheitsmedizinisch ambulante Heilbehandlungen Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chiropraktik, Bioresonanztherapie, Biofeedback, Phytotherapie, Bachblüten-

therapie, Neuraltherapie, Aromatherapie, Kneipptherapie, Ozontherapie und Eigenblutbehandlungen (ausgenommen ACP-Eigenblut-Therapie, PRP-Plasmabehandlung und Orthokin Behandlungen), welche von Personen die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können, durchgeführt werden.

(3) Heilbehelfe, Hilfsmittel und refraktive Augenoperationen

Ein Kostenersatz erfolgt **nur für medizinisch notwendige** Heilbehelfe/Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen) sowie für refraktive Augenoperationen **innerhalb des vom Versicherer pro Kalenderjahr zu erbringenden Höchstbetrages**.

Bei Sehbehelfen und refraktiven Augenoperationen ist ferner zu beachten: Innerhalb des vom Versicherer zu erbringenden Höchstbetrages werden **80% der Kosten** für Brillen, Kontaktlinsen und refraktive Augenoperationen vergütet, wobei der **Gesamthöchstsatz** für Sehbehelfe und refraktive Augenoperationen **für zwei Kalenderjahre** gilt. Die übliche Nutzungsdauer von Brillen beträgt 2 Jahre.

E Physikotherapeutische Behandlungen

Für ärztlich verordnete und medizinisch **notwendige** physikotherapeutische Behandlungen des Versicherten werden **80 % der Kosten bis zum Höchstsatz** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen **pro Kalenderjahr ersetzt**. Voraussetzung ist eine **vorangegangene Operation, die nicht länger als 12 Monate zurückliegt**, wobei diese sowohl **stationär** gem. Punkt I. als auch **ambulant** gem. Punkt II. dieser Bedingungen durchgeführt werden kann, sowie der ursächliche Zusammenhang zwischen dieser Operation und der physikotherapeutischen Behandlung.

IV. Geburtskostenbeihilfe

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

Bei Mehrlingsgeburten wird für jede weitere Geburt die Hälfte geleistet.

Wird die Geburtskostenbeihilfe in Anspruch genommen, gilt damit ein bis zu zehntägiger stationärer Krankenhausaufenthalt abgegolten. **Dies hat zur Folge, dass kein Anspruch auf Krankenhaus-Ersatztagegeld gemäß Punkt I.G für einen etwaigen stationären Krankenhausaufenthalt im Zusammenhang mit der Entbindung oder deren Nachversorgung für die Dauer der ersten zehn Tage eines solchen stationären Aufenthalts besteht.** Ab dem 11. Tag besteht Anspruch auf Krankenhaus-Ersatztagegeld gemäß Punkt I.G.

V. Rehabilitationszuschuss, Gesundheitswoche

(1) In Abänderung zu § 5 (9) der AVB MST 2020 ist der Versicherungsfall die Rehabilitationsbehandlung, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Behandlung besteht. Diese beginnt mit der ersten Rehabilitationsbehandlung und endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Rehabilitationsbehandlung nicht mehr besteht.

Versicherte erhalten für ärztlich verordnete Rehabilitationsbehandlung im Anschluss an einen stationären operativen Aufenthalt **innerhalb von maximal 6 Wochen** ab Beendigung desselben, **von den noch verbleibenden Kosten abzüglich der zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungssatztarifes** eine Versicherungsleistung **in Höhe von 80 % bis zum Höchstbetrag (für Kinder 25 % des Höchstbetrages)** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen **pro Kalenderjahr**.

Geht die Rehabilitationsbehandlung über ein Kalenderjahr hinaus, **so wird der Höchstbetrag jenes Kalenderjahres** herangezogen, in dem die Rehabilitationsbehandlung abgeschlossen wird.

Die Dauer des Aufenthaltes bzw. die Dauer der ambulanten Behandlung ist durch **eine von der Rehabilitationsanstalt ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen**. Die Versicherungsleistung wird nach **Vorlage der saldierten Originalrechnung** und der dazugehörigen **ärztlichen Verordnung** bzw. nach **Vorlage des Bewilligungsschreibens der gesetzlichen Sozialversicherung** ausbezahlt.

(2) Stationäre Rehabilitationsbehandlungen

Bei einem stationären Aufenthalt in einer Organisationseinheit und Betriebsform jeglicher Art, die auf Rehabilitation ausgerichtet ist und unter ärztlicher Betreuung steht, werden von den noch verbleibenden Kosten für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsbehandlung **nach Erfüllung der Voraussetzungen nach Pkt (1) und Pkt (2) in der Höhe von 80% bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr (für Kinder 25% des Höchstbetrages)** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen übernommen.

(3) Ambulante Rehabilitationsbehandlungen

Bei einer ambulant durchgeführten Rehabilitationsbehandlung, die in einer auf ambulante Rehabilitation ausgerichteten Organisationseinheit und Betriebsform jeglicher Art durchgeführt wird, unter ärztlicher Betreuung steht und die angewandten Therapieformen vergleichbar mit einer stationären Rehabilitationsbehandlung sind, werden **von den noch verbleibenden Kosten** für eine medizinisch notwendige ambulante Rehabilitationsbehandlung nach Erfüllung der Voraussetzungen nach Pkt (1) und Pkt (2) **in der Höhe von 80% bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr (für Kinder 25% des Höchstbetrages)** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen übernommen.

(4) Gesundheitswoche

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.** Begehr 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.

VI. Krankenrücktransport aus dem Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) bzw. Krankenbesuchsreis

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

A Krankenrücktransport aus dem Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol)

(1) Ersetzt werden die entstehenden Kosten eines Rücktransports des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol, **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 die Kosten des Rücktransports einer dem Versicherten nahe stehenden Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind).

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

(2) Der Versicherer stellt für die Organisation und Durchführung des Krankenrücktransports 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.

Wird ein anderes Unternehmen mit der Organisation und Durchführung des Krankenrücktransports beauftragt, werden die Kosten ebenfalls vom Versicherer übernommen.

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

(4) Der Versicherer bzw. das beauftragte Unternehmen entscheidet im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Krankenrücktransports des Versicherten aus dem Ausland. Der Rücktransport wird abgelehnt, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz besteht und die Voraussetzungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gemäß (1) nicht vorliegen.

(5) Ergibt die Prüfung gemäß (4), dass Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland besteht, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).

(6) Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherte, die einen weiteren Wohnsitz außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol haben und sich bei Eintritt des Versicherungsfalls 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, Slacklinen 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, Montagearbeiten und dergleichen, für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfärlässigem Handeln haben (zB Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen).

(7) Der Versicherer bzw. das 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 italienischen Vertretungsbehörden im Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol), für die Beistellung einer ortsansässigen Hilfsperson

(1) Ist ein Spitalsaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalls im Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) **von mehr als vierzehntägiger Dauer** aus medizinischen Gründen erforderlich, ohne dass die Voraussetzungen für einen Krankenrücktransport gemäß Pkt. VI.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 Unfalls im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Krankenrücktransport gemäß Pkt. VI.A oder ein Spitalsaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen italienischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Erkrankten (Verunfallten) oder der Organisation des Krankenrücktransports 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 Krankenrücktransports.

(3) **Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Krankenbesuchsreise gemäß (1), die Kontaktherstellung mit den italienischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß (2) durch die TYROLAIR 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) Wird die Organisation gemäß (3) nicht in Anspruch genommen, so werden die **Kosten pro Versicherungsfall bis zum Höchstsatz** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

(5) **Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. VI.A (6).**

VII. Überführung eines im Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) Verstorbenen in seinen Heimatort

(1) Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) 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, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.**

(4) **Kein Versicherungsschutz besteht ferner in den Fällen des Punkt VI.A (6).**

VIII. Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen akuter Krankheit oder Unfall, die bei einer Urlaubsreise von höchstens 4 Wochen im Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirols) erforderlich wird

(1) Für solche ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % der Kosten **bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr** gemäß dem Zweiten Abschnitt – Leistungen vergütet.

(2) **Für Zahnbehandlungen, Zahnröntgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.**

(3) **Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.**

(4) **Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Punkt VI.A (6).**

IX. Hubschrauberrettung

(1) Ersetzt werden die Kosten, die bei nachfolgenden Ereignissen innerhalb der Italienischen Republik eintreten können:

- a) bei der Bergung eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder eines in Wassernot geratenen Versicherten, oder
- b) bei einem Transport zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten oder
- c) bei einem an einer plötzlich auftretenden, lebensbedrohenden Krankheit erkrankten Versicherten

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

(2) **Die Versicherungsleistung umfasst ausschließlich den Ersatz der nach Beurteilung des anwesenden Arztes notwendigen Maßnahmen zur Bergung bzw. Transport.**

Für die Zwecke einer Hubschrauberrettung gem. IX. (1) b.) und c.) gilt jener Unfall und jene Krankheit als plötzlich auftretend und lebensbedrohend, der bzw. die mindestens der Bewertung ab NACA IV gemäß NACA-Score entspricht.

Der NACA-Score umschreibt 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 Notfallmediziners, von dem der Versicherte während des Transports oder nach dem Transport behandelt wurde, angegeben ist.

(3) Die Versicherungsleistung wird in Höhe der nachweislich entstandenen Kosten bis zu einem **Höchstbetrag pro Versicherungsfall** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen gewährt.

(4) In Anlehnung an §11 AVB MST 2020 wird der Anspruch des Versicherten auf Bezahlung der Hubschrauberrettungskosten insofernentsprochen, als dass vonseiten Dritter (zB andere öffentliche oder private Versicherte oder sonstige Dritte) keine Leistung erbracht wird. Wird ein Teil der Kosten von dritter Seite übernommen, besteht ein Anspruch aus diesem Tarif nur auf jenen Teil der Kosten, der nicht bereits von dritter Seite übernommen wurde.

(5) Die Kosten der Hubschrauberrettung sind durch **Originalbelege** und des **Bergungs- oder Transportberichtes** nachzuweisen. Der Versicherte ist zudem verpflichtet, einen **Nachweis über die Ablehnung des Anspruchs auf Bezahlung der Kosten der Hubschrauberrettung** vonseiten des Sozialversicherungsträgers oder eines entsprechenden Sozialversicherungssatztarifes, ggf. einen **Nachweis über die teilweise Übernahme der Kosten durch die Pflichtkrankenkasse** zu erbringen. In diesem Fall und bei Erfüllung der vorgenannten Bedingungen gewährt der Versicherer eine Versicherungsleistung in Höhe der **Differenz zwischen der erfolgten Bezahlung von dem Sozialversicherungsträger** oder dem entsprechenden Sozialversicherungssatztarif und der Höhe der nachweisbar tatsächlich angefallenen Kosten **bis zum vertraglich vereinbarten Höchstbetrag pro Versicherungsfall** gemäß Zweiter Abschnitt dieser Bedingungen.

X. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusage

(1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A (1), I.A (2), I.B, I.C, I.F (1), II.A, II.B, V. (4), VI.B (3) und VII. (1) können seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolizze oder in einem Nachtrag zur Polizze kein anderer frühester Widerrufstermin ausdrücklich angegeben ist.

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

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

(2) Diese Kostendeckungszusagen gelten, solange der Tarif gemäß § 17 AVB MST 2020 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden können und widerrufen werden.

XI. Aufnahmealter, Kinderprämie

(1) Das Aufnahmealter ist mit 70 Jahren begrenzt.

(2) Für allein versicherte Kinder kann **bis zum versicherungstechnischen 19. Lebensjahr die Kinderprämie beantragt** werden.

Während der Dauer der Zahlung der Kinderprämie besteht **nur Anspruch auf Leistungen in dem für Kinder vorgesehenen Ausmaß** gemäß dem zweiten Abschnitt dieser Bedingungen.

XII. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 17 AVB MST 2020.

XIII. Beendigung der Versicherung

Die Prämien dieses Tarifs sind auf das Kostenniveau der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol, in der der im Antrag angeführte Hauptwohnsitz liegt, abgestimmt.

Unbeschadet der Bestimmungen der §§12, 13 und 14 AVB MST 2020 gilt weiters:

(1) **Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer Pflichtversicherung erlischt, endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise.** Diese sind dem Versicherer **unverzüglich nach Kenntniserlangung zu übermitteln** und erfolgt die Beendigung der Versicherung frühestens mit Ende des Monats, in dem der Nachweis dem Versicherer zugeht.

(2) Ferner kann der Tarif im Falle der Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers und des Versicherten gekündigt werden. **Hierfür ist eine Bestätigung der zuständigen Behörde unverzüglich vorzulegen.** Bei unverzüglicher Übermittlung dieses Nachweises, wird die Beendigung des Vertrages zu dem auf den Beginn der Arbeitslosigkeit folgenden Monatsletzten ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist durchgeführt.

(3) **Für Versicherte, deren Hauptwohnsitz außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol verlegt wird, endet die Versicherung nach unverzüglicher Übermittlung der entsprechenden Nachweise zum nächsten Monatsletzten.**

XIV. Eingeschränkter Verzicht auf eine künftige Gesundheitsprüfung

Bei Versicherten in der letztgültigen Anpassungsstufe des derzeitigen Tarifs (siehe § 17 AVB MST 2020) verzichten wir für den Fall der künftigen Beantragung eines allfälligen dann zum Verkauf stehenden höherwertigeren Spitalskostentarifs (höherwertig bedeutet eine Erweiterung des Leistungsumfangs 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. Vor der Vertragsumstellung erhält der Versicherungsnehmer die **aktuell gültigen Versicherungsbedingungen** für den von ihm ausgewählten Spitalskostentarif und wird ihm die Höhe der zu zahlenden Prämie dieses Tarifes vom Versicherer bekannt gegeben. **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.

XV. Sitz des Versicherers

Merkur Versicherung AG, Generaldirektion, A-8010 Graz, Conrad-von-Hötendorf-Straße 84

Zweiter Abschnitt – Leistungen

Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.
(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.).

Stationäre operative Heilbehandlung in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

Pflegegebühren täglich	bis EUR	450,31
Behandlungskosten bei operativen Fällen		
Ersatz pro Aufenthaltstag	bis EUR	84,80
Höchstbeträge für Operationskosten		
Operationsgruppe I	bis EUR	551,00
Operationsgruppe II	bis EUR	848,00

Operationsgruppe III	bis EUR	1.357,00
Operationsgruppe IV	bis EUR	2.290,00
Operationsgruppe V	bis EUR	3.222,00
Operationsgruppe VI	bis EUR	4.410,00
Operationsgruppe VII	bis EUR	6.190,00
Operationsgruppe VIII	bis EUR	8.480,00

Stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen und akuten Erkrankungen in der Sonderklasse / Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im europäischen und außereuropäischen Ausland
 pro Kalenderjahr bis EUR 150.000,00

Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

Kostenersatz für eine Begleitperson:
 pro Tag bis EUR 82,50

Krankenhaus-Ersatztagegeld

für Erwachsene	EUR	100,00
für Kinder	EUR	50,00

Krankentransportkosten

Krankentransportkosten bei stationären Aufenthalten
 pro Versicherungsfall bis EUR 150,00

Operative ambulante Heilbehandlung in einer anderen Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol oder in einem anderen Krankenhaus in Tirol

Höchstsätze für Operationskosten

Operationsgruppe II	bis EUR	425,00
Operationsgruppe III	bis EUR	1.033,00
Operationsgruppe IV	bis EUR	2.450,00
Operationsgruppe V	bis EUR	3.377,00
Operationsgruppe VI	bis EUR	3.943,00

Rehabilitationszuschuss

pro Kalenderjahr
 für Erwachsene bis EUR 8.119,00
 für Kinder bis EUR 2.030,00

Arzt- und Facharztkosten inkl. Rezept- und Ticketgebühren

pro Kalenderjahr bis EUR 2.320,00

Diagnostische Untersuchung

pro Kalenderjahr bis EUR 812,00

Gesamthöchstsatz für Arzneimittel, Impfstoffe, Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlung, und Heilbehelfe/Hilfsmittel

pro Kalenderjahr bis EUR 766,00

Physikotherapeutische Behandlungen

pro Kalenderjahr bis EUR 1.000,00

Ambulante Vorsorge

100% der Kosten
 alle 2 Jahre bis EUR 580,00

Geburtskostenbeihilfe		
Geburtskostenbeihilfe	EUR	1.500,00
Krankenbesuchsreise		
pro Versicherungsfall	bis EUR	3.650,00
Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort		
bei Nichtinanspruchnahme 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	4.000,00

Versicherungsbedingungen für Gesundheitsvorsorgeprogramme
Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel)
Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

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

Als Haupttarife gelten Spitalskostentarife mit jeweils letztgültiger Anpassungsstufe. Falls im Folgenden nicht etwas anderes bestimmt ist, gelten für diese Versicherung die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB MST 2020) und die Besonderen Versicherungsbedingungen des Haupttarifes.

Es werden nachfolgende Leistungen erbracht.

Die jeweilige Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen 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. und III. an den Versicherer.

Der Versicherer verpflichtet sich, diese Ergebnisse nur zu statistischen Zwecken zu verwenden, bei einem neu-erlichen Programm zur Gesundheitsvorsorge diese dem gewählten Vertragspartner zur Verfügung zu stellen, und erklärt, dass durch die Kenntnisserlangung 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.

In diesem Tarif sind einzelne Maßnahmen zu qualitativ hochwertigen Vorsorgeprogrammen zusammengefasst. Diese Vorsorgeprogramme können beispielsweise Leistungen wie die Erhebung von Laborparametern, sport-wissenschaftliche 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 begehrtes 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 Sozialversicherungssatztarif oder werden von diesen keine Leistungen erbracht, geht die Leistung in Höhe der Sozialversicherungs-Tarifsätze zu Lasten des Versicherten.**

(4) Die vom Versicherer übernommenen Kosten des Vorsorgeprogrammes verrechnet er direkt mit dem Vertragspartner.

(5) Ein Anspruch auf Leistung (Versicherungsschutz) ist nur dann gegeben, wenn für den Versicherten zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Vorsorgeprogrammes ein **prämiengünstig aufrechter und nicht ruhend gestellter Versicherungsvertrag besteht**. Ein Anspruch auf die **Leistung besteht dann nicht, wenn für den Versicherungsvertrag Leistungsfreiheit wegen Zahlungsverzuges** gemäß § 9 (6) AVB MST 2020 vorliegt.

(6) Als Vertragspartner gelten die im Vertragspartnerverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertraggsregeln sind. Die für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerliste ist unter www.merkur-versicherung.it bzw. auf Anfrage erhältlich, diese kann **zukünftigen Änderungen unterworfen** sein.

III. Inanspruchnahme bei einem Nichtvertragspartner

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

(2) Hat der Versicherte keine Sozialversicherung bzw. keinen Sozialversicherungssatztarif oder werden von diesen keine Leistungen erbracht, werden vom Rechnungsbetrag jedenfalls die fiktiven Sozialversicherung-Tarifsätze in Abzug gebracht und wird eine Entschädigung **nur für den somit verbleibenden Restbetrag bis zu einem Höchstbetrag 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 Italien, Österreich bzw. im europäischen Ausland erbracht werden.**

IV. Neuerliche Inanspruchnahme

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

V. Antragstellung auf ein Vorsorgeprogramm

Begeht der Versicherte ein Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner, hat er einen entsprechenden **Antrag 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 Vorsorgeprogramms werden nur dann vom Versicherer übernommen, wenn dieser Tarif zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme aufrecht ist.

VI. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die **Leistungs- und Prämienanpassung** gelten die Bestimmungen gemäß § 17 AVB MST 2020.

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

Vorsorgeprogramm für Erwachsene bei einem Nichtvertragspartner

Kostenersatz bis EUR 300,00

Vertragsprivatkliniken Südtirol

Brixsana, Brixen
CityClinic, Bozen
Dolomiti Sportclinic, St. Ulrich/Gröden
Marienklinik, Bozen
Melittaklinik, Bozen
Villa St. Anna, Meran

Vertragskrankenhausverzeichnis Tirol

- A.ö. Landeskrankenhaus Innsbruck - Universitätskliniken
- A.ö. Landeskrankenhaus Hall in Tirol
- A.ö. Landeskrankenhaus Hochzirl - Natters
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Reutte
- A.ö. Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol
- A.ö. Bezirkskrankenhaus Schwaz
- A.ö. Krankenhaus "St. Vinzenz", Zams
- A.ö. Landeskrankenhaus Lienz/ Osttirol
- Sanatorium Kettenbrücke Innsbruck
- Privatklinik Hochrum, Rum-Innsbruck
- Kursana Privatklinik im Gesundheitszentrum Wörgl

Europadeckung bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus in den nachfolgenden europäischen Staaten:

Albanien, Andorra, Belgien, Bosnien-Herzegowina, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Färöer, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Mazedonien, Moldawien, Monaco, Montenegro, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Russland (europ. Teil), San Marino, Schweden, Schweiz, Serbien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Türkei (europ. Teil), Ukraine, Ungarn, Weißrussland, Zypern

Ob zusätzlich auch die Möglichkeit der Unterbringung in Privaten Krankenanstalten besteht, ist den jeweils gültigen Besonderen Versicherungsbedingungen zu entnehmen. **Bei einem stationären Aufenthalt in einem Vertragskrankenhaus, einem allgemein öffentlichen Krankenhaus bzw. einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland müssen jedoch alle Voraussetzungen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen für eine Leistungspflicht erfüllt sein.**

Es liegt daher nicht der Versicherungsfall der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung vor, wenn der Aufenthalt z.B. nur einen Kuraufenthalt oder mangelnde häusliche Pflege ersetzen soll oder etwa der Physiotherapie dient.