Krankenversicherung

Ergänzendes vorvertragliches Informationsblatt
für Schadenversicherungsprodukte (DIP aggiuntivo Danni)

merkur VERSICHERUNG

Produkt: **Novum Südtirol**

Mai 2026
letzte verfügbare Version

Zweck:

Das vorliegende Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zum vorvertraglichen Informationsblatt für Krankenversicherungsprodukte (*DIP Danni*), um den potenziellen Versicherungsnehmer dabei zu unterstützen, die Eigenschaften des Produkts besser zu verstehen, insbesondere in Bezug auf die Versicherungsdeckungen, Einschränkungen, Ausschlüsse und Kosten sowie die Vermögenslage des Unternehmens.

Vor Unterzeichnung des Versicherungsvertrag lesen Sie bitte die Versicherungsbedingungen.

Gesellschaft:

Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84; 8010 Graz (Österreich); Telefon: +43 316 8034-0,
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: office.merkur@legalmail.it.
Eingetragen im österr. Firmenbuch beim Landesgericht Graz: unter der Nummer FN 38045z.
Eingetragen im ital. Register der Versicherungsunternehmen bei der IVASS (*Albo Imprese*): unter der Nummer II.00799.
Die Merkur Versicherung AG übt ihre Tätigkeit in Italien im Rahmen des freien Dienstleistungsverkehrs aus und unterliegt der österreichischen Aufsichtsbehörde FMA (Finanzmarktaufsicht).
Aufgrund der zuletzt genehmigten Bilanz (2025) beträgt das Nettovermögen Euro 177,40 Millionen, weiters ergeben sich davon folgende wirtschaftliche Ergebnisse: 11,70 Mio. Euro voll eingezahltes Grundkapital und 165,70 Mio. Euro Eigenkapitalrücklagen, einschließlich des Ergebnisses des Geschäftsjahres und Gewinnrücklagen. Die Solvabilitätsrate (*solvency rate*) beträgt 326,80 %. Weitere Informationen zur Vermögenslage des Unternehmens (SFCR) sowie der Solvabilitätsbericht sind auf unserer Homepage unter https://www.merkur-versicherung.it/solvency abrufbar.

Der Versicherungsvertrag unterliegt dem **österreichischen Recht**.

Produkt

Was ist versichert?

Ergänzend zu den im Informationsblatt für Krankenversicherungsprodukte enthaltenen Leistungen beachten Sie bitte Folgendes: **Der Deckungsumfang entspricht der vereinbarten Versicherungssumme und den in den Bedingungen vorgesehenen Höchstbeträgen bzw. Höchstsätzen für die einzelnen Leistungen.** Diese variieren je nach dem von Ihnen gewählten Tarif (siehe nachfolgende Tabelle).

Optionen mit Reduzierung der Prämie

- Widerspruch bei Prämienanpassung: anstatt der Prämienanpassung kann der Versicherungsnehmer beantragen, dass die Prämienhöhe gleichbleibt und die Leistungen entsprechend angepasst werden.

Optionen mit Zahlung einer Zusatzprämie

- Umstellung von Kinder- auf Erwachsenenprämie: Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung auf die Erwachsenenprämie für das allein oder mitversicherte Kind beantragen.
- vor Versicherungsbeginn entstandene Erkrankungen und Unfallfolgen

Versicherungsleistungen für alle Tarife	Basis	Basis Plus	Klassik	Premium	Klassik Exklusiv	Premium Exklusiv
Krankenhausleistung						
Stationäre und ambulante Operationen	●	●	●	●	●	●
Stationäre Heilbehandlungen inkl. Schwangerschaft und Geburt	–	–	–	–	●	●
Einbettzimmer	–	–	–	●	–	●
Selbstbehalt 10% (max. **€ 540,-** in Südtirol / max. € 2.151,- außerhalb Südtirols, pro Person und Kalenderjahr)	●	●	●	●	●	●
Rehabilitation (ambulant/stationär) nach operativem KH-Aufenthalt **80% der Kosten**, pro Kalenderjahr **(Kinder 25%)** *	●	●	●	●	●	●
Rehabilitation (ambulant/ stationär) nach nicht-operativem KH-Aufenthalt **80% der Kosten**, pro Kalenderjahr **(Kinder 25%)***	–	–	–	–	●	●
Geburtskostenpauschale	–	–	–	●	–	●
Begleitpersonkosten für versicherte Kinder bis 18 Jahre	●	●	●	●	●	●
Hubschrauberkosten bei Unfall und plötzlicher lebensbedrohender Krankheit	●	●	●	●	●	●
Krankentransportkosten	●	●	●	●	●	●
Krankenhaus-Ersatztagegeld **(Kinder 50%)** bei einem Aufenthalt zu Lasten der Sanität	–	–	–	●	–	●
Versicherungsleistungen im Ausland						
Europadeckung (in öffentlichen Spitälern)	–	●	●	●	●	●
Erweiterte Europa und Weltdeckung bei akuten Behandlungen bzw. bei Unfall (stationär)	●	●	●	●	●	●
Weltdeckung (wenn medizinischer Standard in Südtirol und Tirol nicht gegeben)	●	●	●	●	●	●
Rückholdienst aus dem Ausland inkl. Nachreise (auch Überführung)	●	●	●	●	●	●
Ambulante Heilbehandlung im Ausland	●	●	●	●	●	●
Ambulante Leistungen – 80% der Kosten						
Arzt- und Facharztkosten aus Schul-und Ganzheits-medizin (inkl. Rezept- und Ticketgebühren zu 100%)	●	●	●	●	●	●
Diagnostische Untersuchungen	●	●	●	●	●	●
Physikotherapeutische Behandlungen nach Operationen (ambulant/stationär)	–	●	●	●	●	●
Heilbehelfe, Medikamente, physikalische Therapien und ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlungen	–	–	–	●	–	●
Vorsorge						
Ambulante Vorsorgeleistungen (“Check-ups”), alle 2 Jahre	●	●	●	●	●	●
ego4you und time4me (nur bei Bezahlung der Erwachsenenprämie)	–	–	–	●	–	●
Begünstigte Umstellung auf einen höherwertigen Spitalskostentarif bis zum 70. Lebensjahr	●	●	●	●	●	–

* Gemeinsamer Höchstsatz für Rehabilitationsbehandlung nach operativen sowie nach nicht-operativen KH-Aufenthalten

Was ist NICHT versichert?

Risiko-ausschlüsse

Ergänzend zu den Bestimmungen im vorvertraglichen Informationsblatt für Krankenversicherungsprodukte sind außerdem die folgenden weiteren Risiken von der Deckung ausgenommen:

- Versicherte, die keinen Hauptwohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. keinen Leistungsanspruch bei einem Sozialversicherungsträger der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol haben
- bestimmte **Vorerkrankungen**, Unfallfolgen, und Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind
- **keine medizinische Notwendigkeit der Heilbehandlung**
- Heilbehelfe und Apparate für die **Körper- und Krankenpflege** (wie z.B. Inhalationsapparat, Fieberthermometer, Milchpumpe, Blutdruckmesser)
- **Körperersatzstücke**, Implantate und sonstige therapeutische Behelfe, wie Apparaturen, die Organe ersetzen oder in ihrer Funktion unterstützen
- **Eigenbehandlung** oder Behandlung durch Familienangehörige
- Stationäre Heilbehandlungen in **bestimmten Krankenanstalten:** für z.B. psychische Erkrankungen, Langzeitbehandlung, Palliativmedizin, Rehabilitationsmaßnahmen, für Alkohol- und Drogenabhängige; in Justizanstalten, Kuranstalten, Pflegeeinrichtungen
- Heilbehandlungen infolge von **vorsätzlich, schuldhaft oder aktiv herbeigeführten Krankheiten und Unfällen**: z.B. durch Genuss von Alkohol oder Suchtgiften, aktive Beteiligung an Unruhen, Selbstmordversuch, infolge von Kriegsereignissen, Ausübung von Extremsportarten, Reise trotz Reisewarnung

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Ergänzend zu den Angaben im vorvertraglichen Informationsblatt für Krankenversicherungsprodukte bestehen die folgenden weiteren Deckungsbeschränkungen:

- **Allgemeine Wartezeit:** 3 Monate bzw. 1 Monat in der Gruppenversicherung (ausgenommen bei Unfällen und gewissen Infektionskrankheiten)
- **Besondere Wartezeiten:**
- 9 Monate bei Schwangerschaft und Entbindung
- **Individ. Wartezeit (max. 3 Jahre) bei Vorerkrankungen und Unfallfolgen oder Wechsel in höheren Tarif**
- **Heilbehelfe** (zB Brillen, Gliederprothesen, Schuheinlagen) nur im Rahmen der **üblichen Nutzungsdauer**
- **Subsidiarität: besteht eine andere Versicherung** wird nur der Differenzbetrag geleistet
- **Ev. schriftlicher Widerruf der Deckungszusage für bestimmte Ärzte oder Krankenanstalten**

Eine übersichtliche Auflisung der **Beschränkungen für die jeweiligen Tarife** finden Sie in der **Tabelle** unter dem Punkt **"Was ist versichert" auf Seite 2.**



An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Produkt richtet sich an Privatpersonen, die ihren Hauptwohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol haben und eine Ergänzung zur gesetzlichen Sozialversicherung im stationären und ambulanten Bereich suchen.



Für welche Kosten muss ich aufkommen?

Vermittlungskosten
Die Provisionen für den Vermittler betragen durchschnittlich 15,00 % von der Nettoprämie.

Wie melde ich Beschwerden und kann Streitigkeiten beilegen?

An das Versicherungs-unternehmen	Richten Sie Ihre Beschwerde bitte an: **Merkur Versicherung AG, Beschwerdemanagement** Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, A-8010 Graz (Österreich) Die Beschwerde kann postalisch an die obige Adresse oder per E-Mail an meinanliegen@merkur.at gesendet werden und muss folgende Angaben enthalten: Vor- und Nachname; Adresse; Polizzennummer des Beschwerdeführers; eventuell vorhandene Schadennummer; Grund der Beschwerde Die Beschwerden werden innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Einlangen bearbeitet.
An die IVASS	Im Falle einer unzureichenden oder verspäteten Antwort können Sie sich an die italienische Versicherungsaufsicht wenden: IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, Fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info auf: www.ivass.it oder an FMA, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien, Tel (+43-1) 249 59-3444. Info auf: www.fma.gv.at.

Bevor der Rechtsweg beschritten wird können Sie die folgenden alternativen Streitbereinigungsverfahren nutzen:

Schlichtungsstelle	Sie können sich bei Streitigkeiten auch an folgende Stelle wenden: Schlichtungsstelle der Versicherungsunternehmen Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien E-Mail: schlichtungsstelle@vvo.at Website: https://www.vvo.at/vvo/vvo.nsf/sysPages/schlichtungsstelle.html
Mediation (obligatorisch)	Die Vornahme eines Mediationsversuchs ist eine zwingende Bedingung für das zivilrechtliche Gerichtsverfahren. Sie können sich an eine der Schlichtungsstellen auf der Homepage des Justizministeriums www.giustizia.it wenden.
Verhandlung mit Rechtsbeistand	Durch Antrag des eigenen Rechtsanwalts an das Versicherungsunternehmen.
Andere Verfahren um Streitigkeiten beizulegen	Bei grenzüberschreitenden Streitigkeiten kann der in Italien ansässige Beschwerdeführer seine Beschwerde an die italienische Versicherungsaufsicht IVASS oder direkt an die zuständige ausländische Schlichtungsstelle richten. In diesem Fall kann ein Antrag auf Einleitung eines FIN-NET Schlichtungsverfahrens gestellt werden oder eines entsprechenden Verfahrens nach anwendbarem Recht.

STEUERRECHT

Steuerrechtliche Behandlung dieses Vertrags	Ihr Vertrag unterliegt der in Italien geltenden Versicherungssteuer. Die mit der Versicherung verbundenen Steuern sind vom Versicherungsnehmer zu tragen. Die gezahlten Versicherungsprämien sind steuerlich nicht absetzbar. Die Ausgaben für Heilbehandlungen und -behelfe können von der Steuer abgesetzt werden insoweit es vom ital. Recht vorgesehen ist.

Was ist das Recht auf onkologisches Vergessen?

Recht auf onkologisches Vergessen	War der Vertragspartner/Versicherte zuvor an onkologischen Erkrankungen erkrankt, deren aktive Behandlung, gemäß Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und den entsprechenden Durchführungsbestimmungen, seit mehr als zehn Jahren ohne Rückfälle abgeschlossen ist, ist er nicht verpflichtet, Angaben zu machen oder sich Untersuchungen (z. B. ärztlichen Untersuchungen) hinsichtlich dieser früheren Erkrankung zu unterziehen. Die Frist verkürzt sich von zehn Jahren auf fünf Jahre, wenn die Erkrankung vor Vollendung des 21. Lebensjahres aufgetreten ist. Für die im Gesetz Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 und den entsprechenden Durchführungsbestimmungen angeführten onkologischen Erkrankungen gelten kürzere Fristen, die in der Tabelle aufgeführt sind, die auf der Homepage der Merkur unter folgendem Link https://www.merkur-versicherung.it/documents/d/merkur-suedtirol-2023/kundeninformation-uber-das-recht-auf-onkologisches-vergessen abrufbar ist.
Bescheinigung über das Vorliegen der erforderlichen Voraussetzungen für das onkologische Vergessen	Versicherungsnehmer oder Versicherte, die vor Abschluss oder Verlängerung des Vertrags Angaben zu einer früheren Krebserkrankung gemacht haben, deren aktive Behandlung ohne Rückfälle abgeschlossen wurde, übermitteln der Gesellschaft oder dem Vermittler fristgerecht die Bescheinigung gemäß Gesetz Nr. 193/2023 und den entsprechenden Durchführungsbestimmungen.
Auswirkungen des onkologischen Vergessens für Versicherungs-unternehmen	Ist die Frist für das Bestehen des Rechts auf Vergessen im Bereich der Onkologie abgelaufen, dürfen die bereits erfassten Informationen nicht dazu verwendet werden, die Vertragsbedingungen zu ändern, das Risiko oder die Zahlkräftigkeit des Vertragspartners zu bewerten. Die Unternehmen sind verpflichtet, die Daten über die frühere onkologische Erkrankung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der Bescheinigung endgültig zu löschen, ohne dass dem Kunden Kosten entstehen. Vertragsklauseln, die im Widerspruch zu den Bestimmungen des Art. 2 Absätze 1 bis 5 des Gesetzes Nr. 193 vom 7. Dezember 2023 stehen, sind unwirksam, unbeschadet der Wirksamkeit und Gültigkeit des Vertrags. Die Unwirksamkeit kommt nur dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherten zugute und ist von Amts wegen in jedem Stadium und jeder Instanz des Verfahrens feststellbar.

Für diesen Vertrag steht Ihnen unser Online-Kundenportal (sog. „HOME INSURANCE“) zur Verfügung. Darüber können Sie nach Vertragsunterzeichnung Ihre Vertragsunterlagen einsehen sowie Anträge auf Versicherungsleistungen einreichen.