

GRUNDVERSICHERUNG:

Der Beitrag zur Krankheitskostenversicherung (Inanspruchnahme der allgemeinen Gebührenklasse bei stationärem Aufenthalt in einer Krankenanstalt und für ambulante ärztliche Leistungen; Krankenpflichtversicherung) gemäß § 41 (1) Satzung WFF ist jeweils vom Alter des Versicherten bzw. Mitversicherten abhängig und wird bei Neuaufnahme in die Versicherung in der gemäß Anhang II zur Beitragsordnung vorgesehenen Höhe vorgeschrieben. Die Bestimmungen des Abs. 2 kommen sinngemäß zur Anwendung.

FAQ's zur Krankheitskostenversicherung finden Sie unter:

<https://www.arztnoe.at/wohlfahrtsfonds/krankheitskostenversicherung>

Wichtige Informationen zur

**Krankheitskostenversicherung
gemäß § 41 (1) Satzung WFF**

Sonderleistungen:

Entgegen den Besonderen Versicherungsbedingungen des Tarifes SXVAKE24 entfällt der Höchstbeitrag für die unter Punkt II A (2) und (3) angeführten ärztlichen Sonderleistungen.

Der Versicherungsschutz bei der Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) beginnt mit Beitrittsdatum und endet mit Kündigungsdatum.

Die Beibehaltung der Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) ist für Leistungsempfänger aus dem Wohlfahrtsfonds über einen Einzelvertrag möglich.

.

Anhang II (Krankenpflichtversicherung)

Altersabhängiger Beitrag für die Krankheitskostenversicherung gemäß § 10 Abs. 3 Beitragsordnung

Beiträge in € pro Monat

Für Kinder von WFF-Mitgliedern wird bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ein monatlicher Beitrag von € **81,91** vorgeschrieben.

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
19	181,31	50	252,99
20	182,09	51	258,36
21	182,86	52	264,03
22	183,79	53	269,99
23	184,71	54	276,26
24	185,73	55	282,79
25	186,82	56	289,61
26	188,00	57	296,72
27	189,26	58	304,06
28	190,55	59	311,66
29	191,98	60	319,45
30	193,48	61	327,43
31	195,05	62	335,59
32	196,72	63	343,86
33	198,50	64	352,23
34	200,36	65	360,73
35	202,32	66	369,22
36	204,48	67	377,71
37	206,67	68	386,17
38	209,07	69	394,56
39	211,55	70	402,85
40	214,26	71	411,02
41	217,05	72	419,04
42	220,12	73	426,81
43	223,31	74	434,43
44	226,79	75	441,71
45	230,45	76	448,88
46	234,41	77	448,88
47	238,64	78	448,88
48	243,17	79	448,88
49	247,94	80	448,88

L 10

ANTRAG AUF
KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG
gemäß § 41 (1)

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

An den
Wohlfahrtsfonds der
Ärztelammer für Niederösterreich
Wipplingerstraße 2
1010 WIEN

Übermittlung des Antrages gerne auch per Fax (01/53751-19) oder E-Mail (wff@arztnoe.at).

Ich erkläre meinen Beitritt zur Krankheitskostenversicherung gemäß § 41 (1) ab: _____

Ich erkläre den Beitritt folgender Familienmitglieder zur Krankheitskostenversicherung
gemäß § 41 (1) ab: _____

Ehegatte/eingetragener Partner/Lebenspartner:

Vorname: _____ geboren am: _____

Kinder:

Vorname: _____ geboren am: _____

Datum

AntragstellerIn



Polizzenummer:

Versicherungsnehmer (P1):

Versicherte Person (P2):

Versicherte Person (P3):

Versicherte Person (P4):

Vereinbarung zur Form von Erklärungen und anderen Informationen

Schriftform: Folgende Erklärungen und Mitteilungen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter sind nur in Schriftform wirksam: Anträge auf Änderung des Tarifs, Kündigungen, Widersprüche, Anträge auf Ruhendstellung des Versicherungsvertrages, Abtretungserklärungen, Anzeigen des Wegfalls des versicherten Interesses / Risikos, Anträge auf Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung) sowie sämtliche Erklärungen und Anträge im Zusammenhang mit der Leistungsabwicklung bzw. Auszahlung von Versicherungsleistungen. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Geschriebene Form: Für alle anderen Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers bzw. Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Bloß mündlich oder schlüssig abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, des Versicherten oder sonstiger Dritter sind nicht wirksam.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. P1 P2 P3 P4

Einwilligungserklärung

Allgemeine Hinweise zur Datenverarbeitung

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen die Kenntnisnahme der umseitigen **Datenschutzbestimmungen** und dass ihre angegebenen personenbezogenen Daten für die darin dargestellten Zwecke ermittelt und automationsunterstützt gem. Art 6 Abs. 1 lit b DSGVO verarbeitet werden.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen.

1. Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen willigen im Sinne des Datenschutzgesetzes bzw. der EU- Datenschutz-Grundverordnung und des Telekommunikationsgesetzes ausdrücklich ein, dass bekannt gegebene Daten (auch die E-Mail-Adresse; nicht jedoch besondere Kategorien personenbezogener Daten wie beispielsweise Gesundheitsdaten) von der Merkur Versicherung AG und ihren österreichischen Konzerngesellschaften entsprechend der Zustimmungserklärung in Punkt 1.2. der **Datenschutzbestimmungen** zu Werbezwecken, zur Beratung und Betreuung über Versicherungsprodukte, zur Markt- und Meinungsforschung und zur Übermittlung von Informationen über Produkte und Marketingaktionen der Konzern- und Partnergesellschaften (siehe Liste auf www.merkur.at/partner) verwendet werden dürfen.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. P1 P2 P3 P4

2. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Gesundheitsdaten im Zuge des Vertragsabschlusses und im Versicherungsfall

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen

- willigen ausdrücklich entsprechend Punkt 1.3. der **Datenschutzbestimmungen** ein, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird bzw. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten die Person des Antragstellers/die zu versichernden Personen betreffend, welche der Merkur Versicherung AG evident sind, ermitteln darf;
- erteilen den Auftrag zur Direktverrechnung und stimmen ausdrücklich zwecks Einholung der Deckungszusage und zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen der Ermittlung notwendiger Gesundheitsdaten im Umfang des Punkt 1.3.3 der **Datenschutzbestimmungen** zu;
- entbinden die im Punkt 1.3.2. der **Datenschutzbestimmungen** genannten Befragten im Voraus von der ärztlichen und einer sonstigen beruflichen Schweigepflicht im Umfang der Zustimmungserklärung und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 1.3.3 der „Datenschutzbestimmungen“;
- haben die Folgen Ihrer Zustimmung verstanden und haben den Hinweis auf das Recht zur Zustimmung im Einzelfall gem. § 11a VersVG (Punkt 1.3. der **Datenschutzbestimmungen**) und die damit einhergehenden Folgen zur Kenntnis genommen.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz widerrufen werden.

Der Antragsteller (P1) bzw. die zu versichernden Personen (P2-P4) sind mit dieser Vereinbarung ausdrücklich einverstanden. P1 P2 P3 P4

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen bestätigen, dass sie beim Erstkontakt die Information zum Datenschutz gem. Art. 13f EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten haben.

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass sämtliche, diesen Versicherungsvertrag betreffende Korrespondenz, wie beispielsweise Polize, Rückfragen zu diesem Antrag, Abrechnungsschreiben udgl., auch wenn diese besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten) enthält, über den Versicherungsnehmer als Vertragspartner des Versicherungsunternehmens abgewickelt wird. Wenn ich als versicherte Person meine Einwilligung hierzu nicht erteile, hat dies zur Folge, dass ich einen eigenen Versicherungsvertrag abschließen muss.

Darüber hinaus nehme ich zur Kenntnis, dass dadurch etwaige, mit der Verbindung der Verträge in Zusammenhang stehende Rabatte entfallen können und sich daraus eine andere Prämie ergeben kann.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich, per Post an Merkur Versicherung AG, A-8010 Graz, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, oder per E-Mail an datenschutz@merkur.at widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Widerruf ausschließlich für die Zukunft gilt und die Trennung des gegenständlichen gemeinsamen Versicherungsvertrages in Einzelverträge zur Folge hat und es auch in diesem Fall zu Prämienveränderungen aufgrund des Entfalls von Rabatten kommen kann.

Datum

Unterschrift der mitzuversichernden
Personen ggf. als gesetzliche/r Vertreter

Unterschrift Antragsteller (Vers.-Nehmer)
ggf. als gesetzliche/r Vertreter

1. Datenschutzbestimmungen

1.1. Verwendung personenbezogener Daten (Hinweis gemäß Art 13ff DSGVO)

Die Ermittlung und die Verwendung der von Ihnen bekannt gegebenen Daten erfolgt zu Zwecken der Verwaltung und Kundenbetreuung automatisiert. Dazu zählt die Prüfung und Polizzierung Ihres Antrages, die allgemeine Verwaltung Ihres Vertrages sowie die Bearbeitung im Versicherungsfall (zur Feststellung des Schadens und des Leistungsanspruchs). Bei Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten werden die Daten entsprechend den in der Zustimmungserklärung angeführten Zwecken ermittelt und verwendet.

Soweit es für die genannten Zwecke erforderlich ist, werden ermittelte und verarbeitete Daten auch unter Berücksichtigung eines angemessenen technischen Schutzniveaus an Dritte übermittelt, z.B. an Ärzte, Banken, Reparaturdienstleister, andere Versicherer, Rückversicherungsunternehmen, Vermittler, Behörden, Sachverständige sowie bei Zustimmung auch an die österreichischen Konzernunternehmen Merkur Lifestyle GmbH und Metis Invest GmbH.

Besondere Kategorien personenbezogener Daten (etwa Gesundheitsdaten) werden jedoch nur mit gesonderter, ausdrücklicher Zustimmung übermittelt.

1.2. Zustimmung zur weiteren Nutzung der Daten

Im Falle der Einwilligung, stimmen der Antragsteller und die zu versichernden Personen im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Datenschutzgesetzes und des Telekommunikationsgesetzes zu, dass Vertragsdaten (Art des Vertrages, Laufzeit, Versicherungssumme) und von ihnen bekannt gegebene personenbezogene Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, E-Mail, Telefonnummer) genutzt werden können, um per Werbepost, per E-Mail oder telefonisch, über Versicherungsprodukte und Marketingaktionen der Merkur bzw. über Gesundheits- und Finanzdienstleistungen unserer österreichischen Konzernunternehmen Merkur Lifestyle GmbH und Metis Invest GmbH informiert und diesbezüglich auch entsprechend beraten und betreut werden zu können, wobei erhaltene Antworten bei Umfragen nicht an Dritte weitergegeben oder veröffentlicht werden und nicht zusammen mit E-Mail-Adressen oder sonstigen personenbezogenen Daten gespeichert werden.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@merkur.at oder mittels Brief an die Merkur Versicherung AG, Conrad-von-Hötzendorf-Straße 84, 8010 Graz widerrufen werden. Ebenso können Sie einen Widerruf im Merkur Kundenportal unter den Benutzereinstellungen durchführen (<https://portal.merkur.at>).

1.3. Personenbezogene Gesundheitsdaten

1.3.1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Unrichtige oder unvollständige Angaben können zum Rücktritt des Versicherers vom Versicherungsvertrag und zu Leistungsfreiheit führen. Bitte beachten Sie daher die folgenden Hinweise:

Der Antragsteller ist gemäß § 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) verpflichtet, die im Antrag gestellten Gesundheitsfragen richtig und vollständig zu beantworten. Unvollständige oder unrichtige Angaben hindern den Versicherer, die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person richtig einzuschätzen. Für diese Einschätzung verarbeitet der Versicherer die angegebenen Daten im erforderlichen Ausmaß, was auch Gesundheitsdaten miteinschließt. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer unter den in §§ 16 ff VersVG bestimmten Umständen vom Vertrag zurücktreten oder in anfechten und gegebenenfalls die Leistung verweigern.

Mitteilungsobliegenheit des VN hinsichtlich erteilter und widerrufenen Vertretungsvollmachten

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen verpflichten sich, den Versicherer zu informieren, wenn ein Dritter mit der Vertretung gegenüber dem Versicherer bevollmächtigt wird. Diesfalls ist auch der Umfang der Vollmacht bekanntzugeben. Weiters ist der Versicherer auch über den Widerruf einer erteilten Vollmacht umgehend zu informieren.

1.3.2. Zustimmung zur Ermittlung und Übermittlung von Daten

- bei Vertragsabschluss

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen dieser Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von den untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten, sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, den bekannt gegebenen Sozialversicherungsträgern sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten die Person des Antragstellers/ die zu versichernden Personen betreffend, welche der Merkur Versicherung AG evident sind, im

erforderlichen Ausmaß ermitteln und verarbeiten darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die zur Vertragsbeurteilung erforderlichen Auskünfte und Unterlagen der genannten Ärzte und Einrichtungen. Davon umfasst sind die zu dieser Beurteilung erforderlichen medizinischen Unterlagen (Anamnese, Entlassungsberichte, sämtliche diagnostische Befunde, Infusionsblatt, klinische oder ärztliche Aufnahme- und Behandlungsdaten, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann). Ebenso darf der Vermittler des Versicherungsvertrages über diese Gesundheitsinformationen, sofern diese für den Vertragsabschluss relevant sind, Einsicht erlangen.

Diese Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Ein Widerruf kann jedoch zur Folge haben, dass sich der Versicherer die Einholung weiterer Unterlagen vorbehält oder den Antrag ablehnt, da eine Bearbeitung des Antrags ohne ausreichende Informationen nicht mehr möglich sein kann.

- im Versicherungsfall

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen stimmen zu, dass der Versicherer zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall und zur Überprüfung erbrachter Behandlungsleistungen personenbezogene Gesundheitsdaten durch unerlässliche Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie versicherungsspartenübergreifend Gesundheitsdaten die Person des Antragstellers / die zu versichernden Personen betreffend, welche der Merkur Versicherung AG evident sind, im erforderlichen Ausmaß ermitteln und verarbeiten darf.

Unerlässliche Auskünfte im Sinne des vorstehenden Absatzes sind die im Einzelfall zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte über die mit dem konkreten Versicherungsfall im Zusammenhang stehenden Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen von den genannten Ärzten, Krankenanstalten sowie sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge. Davon umfasst sind die zur Beurteilung unerlässlichen medizinischen Unterlagen (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder ambulanten Behandlung, zu allfälligen Unfallgründen, zur erbrachten Behandlungsleistung, über die Aufenthalts- oder Behandlungsdauer sowie zur Behandlungsentscheidung oder -beendigung; etwa Anamnese der aktuellen Behandlung/ Aufnahme und Statusblatt, Fieberkurve mit Infusionsplan, sämtliche diagnostische Befunde, OP Bericht, ärztlicher Verlaufsbericht, Anästhesieprotokoll, Verlaufsbericht der pflegerischen Maßnahmen, Entlassungsbericht, gerichtsmedizinische Befunde, Einsatz-, Behördenprotokolle, wobei in Einzelfällen auch mit weniger Unterlagen das Auslangen gefunden werden kann).

Im Falle einer solchen Datenermittlung werden der Antragsteller und die zu versichernden Personen 14 Tage im Voraus über die beabsichtigte Datenübermittlung und deren Zweck und konkretes Ausmaß verständigt. Dieser Datenermittlung kann binnen der 14-tägigen Frist dem Versicherer gegenüber widersprochen werden.

Nach § 11a VersVG bestehen für den Antragsteller und die zu versichernden Personen auch die Möglichkeit, der Datenermittlung jeweils im Einzelfall zuzustimmen. Machen der Antragsteller und die zu versichernden Personen von diesem Recht auf Einzelfallzustimmung Gebrauch, so haben sie dies dem Versicherer in geschriebener Form mitzuteilen.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen nehmen zur Kenntnis, dass es dadurch zu Verzögerungen in der Leistungsfallprüfung kommen kann. Bei Widerspruch binnen 14 Tagen oder bei Verweigerung der Zustimmung im Einzelfall sind die benötigten Unterlagen vom Antragsteller, Bezugsberechtigten oder der zu versichernden Person in vollem Umfang beizubringen. Bis zum Erhalt aller benötigten Unterlagen können Leistungsansprüche nicht fällig werden.

Der Antragsteller und die zu versichernde Person stimmen zu, dass der Versicherer Auskünfte über zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen bei Sozialversicherungsträgern, öffentlichen Fonds zur Gesundheitsfinanzierung und privaten Versicherungsunternehmen (firmenintern versicherungsspartenübergreifend sowie firmenextern im Falle einer Doppelversicherung) zur Beurteilung der Leistungspflicht im unerlässlichen Ausmaß einholt.

Der Antragsteller und die zu versichernden Personen entbinden die bei Vertragsschluss und im Versicherungsfall befragten Personen im Voraus von der ärztlichen und sonstigen beruflichen Schweigepflichten im Umfang der Zustimmungserklärung und des Direktverrechnungsauftrags gemäß Punkt 1.3.3.

Die Merkur Versicherung AG behält sich im Falle eines Fremdverschuldens vor, Regressansprüche gegenüber dem Schädiger bzw. seiner Haftpflichtversicherung geltend zu machen. Zu diesem Zweck stimmen der Antragsteller und die zu versichernden Personen der Übermittlung von Gesundheitsdaten an den Schädiger, die gegnerische Versicherung sowie dem zuständigen Gericht zu.

1.3.3. Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung in der Krankheitskostenversicherung

In der Krankheitskostenversicherung können Leistungen zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister direkt verrechnet werden. Dies bedarf eines Auftrags des im Leistungsfall betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten, welchen dieser an den Gesundheitsdienstleister erteilt. Bei Vorliegen dieses Auftrags darf der Versicherer die nachfolgenden Daten beim Gesundheitsdienstleister ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherungsnehmers oder Versicherten ermitteln:

- Zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers: Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zur Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
- Zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen:
 - a. Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
 - b. Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
 - c. Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.

Diese Datenermittlung im Rahmen der Direktverrechnung kann die betroffene Person jederzeit untersagen. Eine Untersagung könnte zur Folge

haben, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und der Versicherungsnehmer oder Versicherte dadurch für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleiben, die sonst gedeckt wären.

1.4. Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht, Datenübertragbarkeit, Beschwerde an Aufsichtsbehörde

Sie sind gemäß Art 15ff DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Merkur Versicherung AG (Vertragspartner) um umfangreiche und unentgeltliche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen. Gemäß Art 15 ff DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Merkur Versicherung AG (Vertragspartner) die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Sie haben weiters das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, sofern die Verarbeitung auf einer Einwilligung oder einem Vertrag beruht und dies technisch machbar ist.

Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich auch bei der Datenschutzbehörde beschweren.

Information zum Datenschutz

Ausführliche Datenschutzinformationen gemäß Artikel 12, 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) finden Sie unter <http://www.merkur.at>. Auf Ihren Wunsch übersenden wir Ihnen diese Informationen gerne auch postalisch.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Merkur Versicherung AG, Conrad- v.- Hötzendorf- Straße 84, 8010 Graz
 Telefon: +43 316 8034-0
 E-Mail-Adresse (allgemein): merkur@merkur.at

Für Fragen zur Verarbeitung Ihrer Daten kontaktieren Sie unseren Datenschutzbeauftragten unter der o.a. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@merkur.at

Zwecke für die Verarbeitung personenbezogener Daten

Vorrangiger Zweck ist die (vor)vertragliche Bedarfsanalyse, Beratung, (Versicherungs-) Vertragsanbahnung, -verwaltung und -erfüllung.

Ihre Daten werden für die Bearbeitung von Anträgen, die Risikoprüfung, die Ausstellung des Versicherungsscheines, die Verwaltung und Bearbeitung von Verträgen und Versicherungsfällen ermittelt und verarbeitet.

Wenn Sie uns diese Daten nicht oder nicht im benötigten Umfang bereitstellen, können wir das von Ihnen gewünschte Vertragsverhältnis u.U. nicht begründen oder Ansprüche aus einem Versicherungsvertrag nicht beurteilen oder erfüllen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten für Marketingaktivitäten sowie für statistische Zwecke.

Rechtsgrundlage der Verarbeitung der Daten

Die Daten werden aufgrund der Erlaubnistatbestände nach der DSGVO, vorrangig zur Vertragserfüllung, zur Wahrung unserer berechtigten Interessen und zur Erfüllung von rechtlichen und vertraglichen Verpflichtungen verarbeitet.

Für die Verarbeitung von besonders geschützten personenbezogenen Daten, wie z.B. Ihren Gesundheitsdaten, holen wir vorher Ihre Einwilligung ein – sofern die Verarbeitung nicht zur Wahrung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.

Kategorien von Empfängern

Soweit dies zur Vertragserfüllung erforderlich oder gesetzlich vorgeschrieben ist, übermitteln wir im Einzelfall notwendige Daten an die damit befassten Empfänger, wie Vor-, Mit- und Rückversicherer, Vermittler, externe Dienstleister, Ärzte, Krankenhäuser, Sachverständige, Sozialversicherungsträger, Aufsichts- und Finanzbehörden sowie Strafverfolgungsbehörden.

Weiters nehmen wir an Einrichtungen der Versicherungswirtschaft teil, über welche bestimmte personenbezogene Daten ausgetauscht werden (zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch).

Übermittlung an Empfänger in Drittländern

Wir übermitteln personenbezogene Daten anlassbezogen an unsere Rückversicherer.

Sollte aufgrund Ihrer Angaben im Bereich der Vorsorge- bzw. Lebensversicherung ein US-Bezug bestehen, sind wir gesetzlich verpflichtet, bestimmte personenbezogene Daten an die US-Finanzbehörde zu übermitteln.

Speicherdauer (Löschfristen)

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten nur solange und soweit das für die oben genannten Zwecke erforderlich ist oder wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dabei berücksichtigen wir die entsprechenden Verjährungsfristen.

Rechte der betroffenen Personen

Sie haben bei Vorliegen der dafür erforderlichen Voraussetzungen folgende Rechte gegenüber dem Verantwortlichen:

Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Recht auf Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit, sowie das Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde (Barichgasse 40-42, 1030 Wien, E-Mail dsb@dsb.gv.at).

Wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung wie der Verarbeitung von Gesundheitsdaten oder für Direktwerbung beruht, haben Sie das Recht, diese jederzeit zu widerrufen. Wir werden diese Daten dann nicht weiterverarbeiten, sofern nicht ein anderer Grund für eine rechtmäßige Verarbeitung vorliegt.

Automatisierte Entscheidungsfindung im Einzelfall

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir mitunter vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages.

Detaillierte Datenschutzinformationen finden Sie unter www.merkur.at im Bereich Datenschutz

Leistungsbeschreibung für den Tarif SXVAKE25 Auszug aus den Besonderen Versicherungsbedingungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / Fassung 2012 - in weiterer Folge AVB genannt)

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

A Stationäre Heilbehandlung und in der Allgemeinen Gebührenklasse österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

Bei stationärer Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geistesranke für längstens 8 Wochen und in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke längstens für 3 Monate bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung) oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

- a) Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.
- b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.

B Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

Bei stationärer Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. I.A fällt, werden Pflegegebühren pro Tag erbracht:
Pflegegebühren täglich

bis EUR **459,00**

C Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

- (1) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A (1) werden die Kosten in voller Höhe übernommen.
- (2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I.B werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag vergütet.

bis EUR **91,80**

II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich

A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)

- (1) Arzt- und Facharztkosten
 - a) für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination) bis EUR **54,00**
 - b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes bis EUR **72,00**
 - erste Facharztberatung (Ordination) bis EUR **63,00**
 - weitere Facharztberatung (Ordination) bis EUR **54,00**
 - c) für einen Nachtbesuch von 22.00 bis 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes werden Vergütungen pro Behandlung erbracht. bis EUR **96,00**
- (2) Röntgen, Strahlentherapie, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie pro Kalenderjahr bis EUR **735,00**
- (3) diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie pro Kalenderjahr bis EUR **364,00**
- (4) Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chirotherapie, Biofeedback, Videoscreening, Bachblütentherapie, Neuraltherapie, Phytotherapie und Eigenblutbehandlungen pro Kalenderjahr bis EUR **295,00**
- (5) Vorsorgeuntersuchungen pro Kalenderjahr bis EUR **110,00**

B Weggebühren des Arztes

- a) Kostenersatz pro Kilometer bis EUR **3,27**
- b) Kostenersatz pro Kilometer bei Nacht (von 22.00 bis 6.00 Uhr) bis EUR **4,72**

C Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt nach diesem Tarif

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit der betreffenden Tagesklinik oder mit dem betreffenden Arzt festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

D Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

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

Höchstsätze für Operationskosten:

Operationsgruppe I	bis EUR 110,00	Operationsgruppe IV	bis EUR 1.125,00
Operationsgruppe II	bis EUR 195,00	Operationsgruppe V	bis EUR 1.550,00
Operationsgruppe III	bis EUR 475,00	Operationsgruppe VI	bis EUR 1.810,00

E Hauspflegepauschale

Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II.C oder D nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III eine Pflegepauschale bezahlt.

Pflegepauschale für:

Operationsgruppe III	bis EUR 110,00	Operationsgruppe V	bis EUR 330,00
Operationsgruppe IV	bis EUR 182,00	Operationsgruppe VI	bis EUR 440,00

F Akutversorgung

Für eine ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der allgemein öffentlichen Krankenhäuser oder in den Ambulatorien der von der AUYVA geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

G Arzneimittel

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (auch homöopathische Arzneimittel) werden pro Kalenderjahr 80% der Kosten ersetzt bis EUR 711,00

Wird der Höchstsatz für Arzneimittel ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt, der dem Höchstbetrag der Arzneimittel entspricht, zum Tragen, und danach werden die Kosten zu 100% ohne Höchstbetrag ersetzt.

H Heilbehelfe, Heilmittel

Für Heilbehelfe und Heilmittel werden die Kosten pro Kalenderjahr ersetzt

- | | |
|----------------------------------|----------------|
| a) für Brillen und Kontaktlinsen | bis EUR 238,00 |
| b) für andere Heilbehelfe | bis EUR 238,00 |

III. Ambulante Heilbehandlung in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zwecke der Arbeitssuche) werden die Kosten bis zu den Sätzen und Gebühren der gesetzlichen Sozialversicherung des jeweiligen Landes, in dem die Leistung erbracht wurde, vergütet.

IV. Krankenhaustransportkosten

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus, zu einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II.C oder D oder einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II.F und bei einem notwendigen Heimtransport werden für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi 80% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt bis EUR 364,00

V. Zahnbehandlung und Zahnersatz

Für Zahnbehandlung und Zahnersatz werden die Kosten pro Kalenderjahr ersetzt

- | | |
|---|----------------|
| a) Kostenersatz für Zahnbehandlung | bis EUR 364,00 |
| b) 80% Kostenersatz für Zahnersatz | bis EUR 364,00 |
| c) 50% Kostenersatz für Zahn- und Kieferregulierungen | bis EUR 146,00 |

VI. Geburtskostenbeihilfe

Anstelle aller anderen Leistungen wird an weibliche Versicherte gegen Vorlage einer Geburtsurkunde eine Geburtskostenbeihilfe ausbezahlt. **EUR 2.120,00**

VII. Krankenhausersatztaggeld

Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthalts keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhausersatztaggeld ausbezahlt.

für Erwachsene	EUR	90,00
für Kinder	EUR	45,00

VIII. Kur- und Erholungskostenzuschuss

Für ärztlich verordnete Kur- und Erholungsaufenthalte
Tagsatz für Erwachsene

EUR 36,00

Für Therapiekosten 80% der Kosten pro Kalenderjahr

bis **EUR 298,00**

IX. Medizinische Hauskrankenpflege

Für ärztlich angeordnete Hauskrankenpflege, die anstelle eines Krankenaufenthaltes erfolgt, werden Kosten für ein und denselben Versicherungsfall gegen Vorlage einer saldierten Originalrechnung bis zu einem täglichen Höchstsatz für höchstens 28 Tage ersetzt. Die medizinische Hauskrankenpflege darf nur durch diplomierte Krankenschwestern oder diplomierte Krankenpfleger erbracht werden und umfasst ausschließlich medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie Injektionen, Sonderernährung, Wundversorgung etc.

für Behandlungskosten pro Tag **bis EUR 10,90**

X. Psychotherapeutische Behandlung

Für psychotherapeutische Behandlungen und Lifestyleberatung bei einem frei praktizierenden Psychotherapeuten werden Kosten für eine Einzelbehandlung (-sitzung) und für eine Gruppenbehandlung (-sitzung) (maximal 10 Personen) pro Behandlung bis zu einem Höchstsatz ersetzt.

a) für Einzelbehandlungen je Sitzung	bis EUR	26,16
b) für Gruppenbehandlungen je Sitzung	bis EUR	8,72

XI. Rehabilitationsbehandlung

Bei stationärer Rehabilitationsbehandlung in einem europäischen Rehabilitationszentrum im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt werden entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstsatz bis längstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung übernommen.

Behandlungskosten täglich **bis EUR 190,00**

Auszug aus den Ergänzenden Versicherungsbedingungen für eine Versicherung zur Gesundheitsvorsorge

I. Gesundheitsvorsorge

Gesundheitsvorsorge im Sinn dieser Bedingung geht über die präventive Früherkennung hinaus und umfasst einerseits Maßnahmen, die von der Gesunderhaltung bis hin zur klassischen Früherkennung reichen und grenzt sich andererseits klar von der Diagnostik und Therapie bestehender bzw. bekannter Erkrankungen ab.

II. Übernahme der Kosten für ein Gesundheitsprogramm für Erwachsene

Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.

III. Übernahme der Kosten für ein Gesundheitsprogramm für Jugendliche

Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner für Jugendliche von 15 - 18 Jahren bzw. für mitversicherte Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres.

IV. Übernahme der Kosten für ein Gesundheitsprogramm für Kinder

Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner für Jugendliche von 6 - 14 Jahren in Form einer eintägigen Veranstaltung. Die Termine werden dem Versicherten in Aussendung der Merkur Versicherung AG bekannt gegeben.

Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner. Als Vertragspartner gelten die im Vertragspartnerverzeichnis nach diesem Tarif geführten Gesundheitsdienstleister.

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Tarif SXVAKE25- für die Ärztekammer Niederösterreich Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / Fassung 2011 - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Abweichend zu diesen AVB-1995 kommen die nachstehenden Regelungen nicht oder teilweise nicht zur Anwendung.

a. Zu § 1, Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes:

Der unter (1) angeführte Abs. 3 („Ist die Person des Versicherten...abgedeckt werden sollen“) wird von der Geltung ausgeschlossen.

Im Absatz (2)c, wird der letzte Satz des Punktes (2)c „, in solchen Fällen sind die Bestimmungen der §§ 4(3) und 5D anzuwenden“ von der Geltung ausgeschlossen.

b. Zu § 2, Abschluss des Versicherungsvertrages:

§ 2 wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

c. Zu § 3, Beginn des Versicherungsschutzes:

Die Absätze (1) und (2) entfallen zur Gänze und werden durch folgende Sätze ersetzt:

Der Beginn des Versicherungsschutzes richtet sich nach den in Art. 6 des Rückversicherungs- und Kooperationsvertrags enthaltenen Regeln.

Sofern danach (Art. 6 lit. e) Wartezeiten zur Anwendung kommen gilt Absatz (3).

d. Zu § 5, Art und Umfang des Versicherungsschutzes:

Die Punkte D (18), (20) sowie (22) werden zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

e. Zu § 6, Einschränkung des Versicherungsschutzes:

In Absatz (2) wird der Satzteil „nur nach Maßgabe des § 11“ von der Geltung ausgeschlossen.

Der 2. Untersatz in Absatz (2) wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

Ebenso wird der gesamte Absatz (6) des § 6 von der Geltung ausgeschlossen.

f. Zu § 7, Auszahlung der Versicherungsleistung:

In Absatz (6) wird der 2. Satz zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

Ebenso wird der gesamte Absatz (7) von der Geltung ausgeschlossen.

g. Zu § 9, Ende des Versicherungsschutzes:

Der 2. Satz in Absatz (1) wird ersetzt durch:

“Für bereits vor Beendigung des Versicherungsvertrages eingetretene und über die Beendigung hinaus andauernde Versicherungsfälle gilt eine Nachhaftungsfrist von längstens 3 Monaten.“

Der gesamte Absatz (2) des § 9 wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

h. Zu § 10, Pflichten des Versicherungsnehmers:

§ 10 wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

i. Zu § 11, Obliegenheiten:

Die Unterpunkte A sowie B werden gänzlich von der Geltung ausgeschlossen.

j. Zu § 13, Kündigung durch den Versicherungsnehmer:

§ 13 wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

k. Zu § 14, Kündigung durch den Versicherer:

§ 14 wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

l. Zu § 15, Sonstige Beendigungsgründe:

§ 15 wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

m. Zu § 17, Erfüllungsort, Gerichtsstand

§ 17 wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

n. Zu § 18, Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Prämie und des Versicherungsschutzes, Leistungs- und Prämienanpassung

§ 18 wird zur Gänze von der Geltung ausgeschlossen.

o. Zwecks Klarstellung wird festgehalten, dass sich die Versicherten obligatorisch in der letzten Anpassungsstufe befinden.

Die Krankheitskostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn für den jeweiligen Versicherten kein Leistungsanspruch bei einer Pflichtkrankenkasse besteht.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeiträge.

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern (§ 5(8)-(12) AVB-1995)

A Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

(1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geistesranke für längstens 8 Wochen und in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke für längstens 3 Monate bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung) oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

a) Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung. Diese Kostendeckungszusage (und die Kostendeckungszusage für eine Begleitperson nach Pkt. C (1)) 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. Er ist für solche medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden des Widerrufs begonnen haben.

b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.

(2) Diese Zusage gilt bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.

B Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

In diesen Fällen, die nicht unter Pkt. I. A fallen, werden Pflegegebühren pro Tag erbracht.

C Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson (§ 5(21) AVB-1995)

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

(2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I. B werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag vergütet.

II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich

A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) (§ 5 (2), (3), (5), AVB-1995)

(1) a) für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination)

b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes

c) für eine erste Facharztberatung in der Sprechstunde (Ordination) und für jede weitere Facharztberatung

d) für einen Nachtbesuch von 22.00 bis 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes

werden Vergütungen pro Behandlung erbracht.

(2) Für Röntgen, Strahlentherapie, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie werden Vergütungen bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr erbracht.

(3) Für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie werden Vergütungen bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr erbracht.

(4) Für Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chirotherapie, Biofeedback, Videoscreening, Bachblütentherapie, Neuraltherapie, Phytotherapie und Eigenblutbehandlungen werden die Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

Solche Behandlungen gelten nur dann als Versicherungsfall, wenn sie von einem Arzt oder von Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können (Heilpraktiker, Sportwissenschaftler, Phytotherapeuten) durchgeführt werden.

(5) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

B Weggebühren des Arztes

Für Weggebühren (§ 5 (4) AVB-1995) werden Kosten bis zu einem Höchstbetrag je Kilometer vergütet.

Je Besuch werden höchstens 10 Kilometer ersetzt.

C Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt nach diesem Tarif

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit der betreffenden Tagesklinik oder mit dem betreffenden Arzt festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kosten werden direkt mit der Vertragstagesklinik bzw. dem Vertragsarzt verrechnet.

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

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

Als Vertragstageskliniken gelten die im Vertragstagesklinikverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Tageskliniken, als Vertragsärzte die in der entsprechenden Liste angeführten Ärzte und zwar solange die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

(2) Diese Zusage gilt bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.

D Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

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

a) Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulanten 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.

E Hauspflegepauschale

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d AVB-1995 gilt die Hauspflege als Versicherungsfall.

Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. C oder D nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III ein Pflegepauschale bezahlt.

F Akutversorgung

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der Landeskrankenhäuser (ausgenommen § 46 Honorare) oder in den Ambulatorien der von der AUVa geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

G Arzneimittel

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (§ 5 (16) AVB-1995) (auch homöopathische Arzneimittel) werden 80 % der Kosten ersetzt.

H Heilbehelfe, Hilfsmittel (§ 5(7) AVB-1995)

(1) Kosten für Brillen, Kontaktlinsen werden bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

(2) Kosten für andere Heilbehelfe werden zusätzlich bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

III. Ambulante Heilbehandlung in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz

(1) Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat und in der Schweiz (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zweck der Arbeitssuche) werden die Kosten bis zu den Sätzen und Gebühren der gesetzlichen Sozialversicherung des jeweiligen Landes, in dem die Leistung erbracht wurde, vergütet.

(2) Für beabsichtigte ambulante Heilbehandlung (der Auslandsaufenthalt wurde vor allem zum Zweck der ambulanten Heilbehandlung angetreten) in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz werden die Kosten gemäß Pkt. II. - Ambulante Heilbehandlung in Österreich - vergütet.

IV. Krankentransportkosten

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus, zu einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II. C, D oder zu einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II. F und bei einem notwendigen Heimtransport werden für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

V. Zahnbehandlung und Zahnersatz

(1) Für Zahnbehandlung, einschließlich Zahnextraktion und Zahnrontgen werden Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

(2) Für Zahnersatz werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

(3) Für Zahn- und Kieferregulierungen werden 50 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

VI. Geburtskostenbeihilfe (§ 5(17) AVB-1995)

Anstelle aller anderen Leistungen wird an weibliche Versicherte gegen Vorlage einer Geburtsurkunde eine Geburtskostenbeihilfe ausbezahlt. Bei Mehrlingsgeburten wird für jede weitere Geburt die Hälfte geleistet.

VII. Krankenhaus-Ersatztagelohn

Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhaus-Ersatztagelohn ohne Kostennachweis ausbezahlt.

VIII. Kur- bzw. Erholungsaufenthalte, Kurbehandlungen und physiotherapeutische Behandlungen

(1) Versicherte, für die die Prämie für Erwachsene bezahlt wird, erhalten für ärztlich verordnete Kur- bzw. Erholungsaufenthalte im In- und Ausland einen Tagessatz für höchstens 28 Tage des Aufenthaltes. Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes.

Die Dauer des Aufenthaltes muss mindestens 7 Tage betragen und ist durch eine von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes oder vom Gemeindeamt des Kur- oder Erholungsortes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

(2) Für ärztlich verordnete Kurbehandlungen für Erwachsene (Erwachsenenprämie) im Rahmen eines Kuraufenthaltes und für ärztlich verordnete physiotherapeutische Behandlungen (wie z. B. Bäder und Massagen) (§ 5 (6) AVB-1995) außerhalb eines Kuraufenthaltes werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

IX. Medizinische Hauskrankenpflege

Für ärztlich angeordnete Hauskrankenpflege, die anstelle eines Krankenhausaufenthaltes erfolgt, werden Kosten für ein und denselben Versicherungsfall gegen Vorlage einer saldierten Originalrechnung bis zu einem täglichen Höchstsatz für höchstens 28 Tage ersetzt.

Die medizinische Hauskrankenpflege darf nur durch diplomierte Krankenschwestern oder diplomierte Krankenpfleger erbracht werden und umfasst ausschließlich medizinische Leistungen und qualifizierte Pflegeleistungen, wie Injektionen, Sonderernährung, Wundversorgung etc.

X. Psychotherapeutische Behandlungen

Für psychotherapeutische Behandlungen und Lifestyleberatung bei einem frei praktizierenden Psychotherapeuten werden Kosten für eine Einzelbehandlung (-sitzung) und für eine Gruppenbehandlung (-sitzung) (maximal 10 Personen) pro Behandlung bis zu einem Höchstbetrag ersetzt.

Voraussetzung für die Gewährung eines Kostenzuschusses ist das Vorliegen einer psychischen Störung, die als Versicherungsfall anzusehen ist, und der schriftliche Nachweis, dass spätestens vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung (Sitzung) eine ärztliche Untersuchung durchgeführt wurde.

XI. Rehabilitationsbehandlung

Bei stationärer Rehabilitationsbehandlung in einem europäischen Rehabilitationszentrum im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt werden entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag bis längstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung übernommen.

Leistungen werden jedoch nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes zugesagt hat.

Das Ansuchen um die Zusage ist vom Versicherungsnehmer oder Versicherten vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes unter Benennung des Rehabilitationszentrums, Vorlage der vollständigen Krankengeschichte samt allfälliger Röntgenbilder sowie einem ärztlichen Gutachten, aus dem die Notwendigkeit der stationären Rehabilitationsbehandlung hervorgeht, beim Versicherer einzubringen.

XII. Kostenersatz bei Organtransplantation

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation (inkl. Knochenmarkspende) werden die Anmelde- und Registrierungskosten, die Kosten der Spendersuche und der Spenderauswahl sowie die Kosten der dazugehörigen Testverfahren insgesamt bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

XIII. Beendigung der Versicherung, Recht auf Weiterversicherung

(1) Wird ein Versicherter bei einer Pflichtkrankenkasse anspruchsberechtigt endet diese Versicherung mit dem Beginn der Versicherungspflicht des jeweiligen Versicherten bei einer Pflichtkrankenkasse. Der Eintritt der Versicherungspflicht ist vom Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Für solche Versicherte besteht jedoch ein Recht auf Weiterversicherung nach einem Heilkostentarif. Die Weiterversicherung muss innerhalb eines Monats nach Beendigung dieser Versicherung in unmittelbarem Anschluss an diese beantragt werden.

(2) Mit Vollendung des 27. Lebensjahres endet diese Versicherung für mitversicherte Kinder. Unterliegen diese Kinder keiner Versicherungspflicht bei einer Pflichtkrankenkasse, besteht das Recht auf Weiterversicherung nach einem Heilkostentarif. Die Weiterversicherung muss innerhalb eines Monats nach Beendigung dieser Versicherung in unmittelbarem Anschluss an diese beantragt werden.

XIV. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen lt. Rückversicherungs- und Kooperationsvertrag.

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

Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

Pflegegebühren täglich bis EUR 459,00

Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson (§ 5(21) AVB-1995)

Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag bis EUR 91,80

Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) (§ 5 (2), (3), (5), AVB-1995)

Kostenersatz für Arztberatung (Ordination) bis EUR 54,00

Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes bis EUR 72,00

erste Facharztberatung (Ordination) bis EUR 63,00

weitere Facharztberatung (Ordination) bis EUR 54,00

Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes bis EUR 96,00

Röntgen, Strahlentherapie, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie pro Kalenderjahr bis EUR 735,00

diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie pro Kalenderjahr bis EUR 364,00

Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chirotherapie, Biofeedback, Videoscreening, Bachblütentherapie, Neuraltherapie, Phytotherapie und Eigenblutbehandlungen pro Kalenderjahr bis EUR 298,00

Vorsorgeuntersuchungen pro Kalenderjahr bis EUR 110,00

Weggebühren des Arztes

a) Kostenersatz pro Kilometer bis EUR 3,27

b) Kostenersatz pro Kilometer bei Nacht (von 22.00 bis 6.00 Uhr) bis EUR 4,72

Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen

Höchstsätze für Operationskosten:

Operationsgruppe I bis EUR 110,00

Operationsgruppe II bis EUR 195,00

Operationsgruppe III bis EUR 475,00

Operationsgruppe IV bis EUR 1.125,00

Operationsgruppe V bis EUR 1.550,00

Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.810,00	50 % Kostenersatz für Zahn- und Kieferregulierungen	bis	EUR	146,00
Hauspflegepauschale							
Pflegepauschale für:				jeweils pro Kalenderjahr			
Operationsgruppe III		EUR	110,00	Geburtskostenbeihilfe (§ 5(17) AVB-1995)			
Operationsgruppe IV		EUR	182,00	Geburtskostenbeihilfe	EUR		2.120,00
Operationsgruppe V		EUR	330,00	Krankenhaus-Ersatztagelohn			
Operationsgruppe VI		EUR	440,00	für Erwachsene	EUR		90,00
				für Kinder	EUR		45,00
Arzneimittel							
80 % Kostenersatz für Arzneimittel pro Kalenderjahr	bis	EUR	711,00	Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss (§ 5(19) AVB-1995)			
Wird der Höchstbetrag für Arzneimittel ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt, der dem Höchstbetrag für Arzneimittel entspricht, zum Tragen, und danach werden die Kosten zu 100 % ohne Höchstbetrag ersetzt.				Tagessatz für Erwachsene	EUR		36,00
				für Therapiekosten			
				80 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis	EUR	298,00
Heilbehelfe, Hilfsmittel (§ 5(7) AVB-1995)							
a) Kostenersatz für Brillen und Kontaktlinsen	bis	EUR	238,00	Medizinische Hauskrankenpflege			
b) Kostenersatz für andere Heilbehelfe	bis	EUR	238,00	für Behandlungskosten pro Tag	bis	EUR	10,90
jeweils pro Kalenderjahr				Psychotherapeutische Behandlungen			
				a) für Einzelbehandlungen je Sitzung	bis	EUR	26,16
				b) für Gruppenbehandlungen je Sitzung	bis	EUR	8,72
Krankentransportkosten							
Krankentransportkostenersatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	364,00	Rehabilitationsbehandlung			
				Behandlungskosten täglich	bis	EUR	190,00
				Die Höchstbeträge für Arzt- und Facharztkosten gemäß Pkt. II.A(2) und (3) können bis auf Widerruf entfallen.			
Zahnbehandlung und Zahnersatz							
Kostenersatz für Zahnbehandlung	bis	EUR	364,00	Kostenersatz bei Organtransplantation			
80 % Kostenersatz für Zahnersatz	bis	EUR	364,00	Höchstbetrag pro Kalenderjahr	bis	EUR	30.000,00

Ergänzende 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-1995) und die Besonderen Versicherungsbedingungen des Haupttarifes.

Es werden nachfolgende Leistungen erbracht.

Durch diese Leistungen wird der Anspruch auf eine allfällig tariflich vorgesehene Prämienrückerstattung nicht ausgeschlossen.

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

Der Versicherte ermächtigt den Vertragspartner und erteilt die Zustimmung zur Übermittlung der Ergebnisse der Merkur Programme zur Gesundheitsvorsorge gemäß Pkt. II. bis Pkt. V. an den Versicherer.

Der Versicherer verpflichtet sich, diese Ergebnisse nur zu statistischen Zwecken zu verwenden, bei einem neuerlichen Programm zur Gesundheitsvorsorge diese dem gewählten Vertragspartner zur Verfügung zu stellen, und erklärt, dass durch die Kenntniserlangung solcher Ergebnisse dem Versicherten keine Nachteile entstehen.

I. Gesundheitsvorsorgeprogramme

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

In diesem Tarif sind einzelne Maßnahmen zu qualitativ hochwertigen Vorsorgeprogrammen zusammengefasst. Diese Vorsorgeprogramme können beispielsweise Leistungen wie die Erhebung von Laborparametern, sportwissenschaftliche Analysen und Informationen über neueste Erkenntnisse aus diesem Bereich, ärztliche Gespräche, Stressanalysen oder die Beantwortung von Fragen zur inneren Balance durch professionelle Ansprechpartner beinhalten.

Es wird darauf hingewiesen, dass einzelne Programmteile bzw. Programme aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse geändert werden können.

II. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Erwachsene

- (1) Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.
- (2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner.
- (3) Soweit Teile dieses Merkur Vorsorgeprogramms auch im Leistungskatalog eines Sozialversicherungsträgers enthalten sind und im konkreten Fall von einem Sozialversicherungsträger Leistungen erbracht werden, sind diese unabhängig von den Vereinbarungen des Abs. (2) zwischen Gesundheitsdienstleister und Sozialversicherung abzurechnen.
- (4) 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.
- (5) Ein Anspruch auf Leistung ist nur dann gegeben, wenn die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.
- (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 Vertrag geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

III. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Jugendliche

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

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

- (3) Die Durchführung dieses Vorsorgeprogramms erfolgt für Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. für mitversicherte Personen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, sofern ein Anspruch auf die Kinderprämie besteht.

- (4) Als Vertragspartner gelten die im Vertragspartnerverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertrag geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

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

- (1) Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.
- (2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner.
- (3) Die Durchführung dieses Vorsorgeprogramms erfolgt für Kinder ab dem 7. Lebensjahr bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres in Form eines Gesundheitsereignisses. Die Termine werden dem Versicherten in Aussendungen der Merkur Versicherung AG bekannt gegeben.

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

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

VI. Übernahme der Kosten für allgemeine Beratungsleistungen zum Thema Gesundheit

- (1) Versicherungsfall ist eine vom Versicherten beehrte Beratungsleistung bei einem Vertragspartner.
- (2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieser Beratungsleistung durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner.
- (3) Die Beratungsleistung kann von jedem nach diesem Tarif versicherten Kunden mittels Kontaktaufnahme via email in Anspruch genommen werden, wobei darauf hingewiesen wird, dass von den für die Beantwortung zuständigen Ärzten bzw. Beratern keine fernschriftliche Diagnostik oder Therapie durchgeführt wird. Die Merkur Versicherung AG übernimmt keine Haftung für Schäden resultierend aus dieser Leistungserbringung.

VII. Inanspruchnahme bei einem Nichtvertragspartner

- (1) Lässt der Versicherte das Gesundheitsvorsorgeprogramm gemäß Pkt. II., III. oder IV. 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 solidierten und bezahlten Originalrechnung bis zu einem Höchstsatz.
- (2) Hat der Versicherte keine Sozialversicherung bzw. keinen Sozialversicherungssatztarif oder werden von diesen keine Leistungen erbracht, werden vom Rechnungsbetrag jedenfalls die für den Sozialversicherungs-Tarifsätze in Abzug gebracht und wird eine Entschädigung nur für den somit verbleibenden Restbetrag bis zu einem Höchstsatz geleistet.
- (3) Leistungen nach diesem Punkt werden nur anerkannt, wenn sie einerseits als Vorsorgeleistung im weiteren Sinn verstanden werden können und von einem Arzt oder Psychologen in Österreich bzw. im europäischen Ausland erbracht werden.

VIII. Neuerliche Inanspruchnahme

Wurde vom Versicherer für ein Programm gemäß Pkt. II., III., IV., V. oder VII. 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.

IX. Antragstellung auf ein Vorsorgeprogramm

Begehrt der Versicherte ein Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner, hat er einen entsprechenden Antrag beim Versicherer einzubringen. Der Versicherer stellt daraufhin dem Versicherten alle nötigen Unterlagen inklusive eines Vertragspartnerverzeichnisses aus.

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

Ein Anspruch auf die angeführten Leistungen ist nur gegeben, wenn dieser Tarif zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme aufrecht ist.

X. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

(1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. II., III., IV., V. und VI. können seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

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

(2) Diese Kostendeckungszusagen gelten, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden können und widerrufen werden.

XI. Leistungs- und Prämienanpassung

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

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

Vorsorgeprogramm für Erwachsene bei einem Nichtvertragspartner			
Kostensatz	bis	EUR	300,00
Vorsorgeprogramm für Jugendliche bei einem Nichtvertragspartner			
Kostensatz	bis	EUR	150,00

Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Kinder ab dem 7. Lebensjahr bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres			
Kostensatz	bis	EUR	100,00

