

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

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 € 87,23 vorgeschrieben.

Alter	Beitrag	Alter	Beitrag
19	193,10	50	269,43
20	193,92	51	275,15
21	194,74	52	281,19
22	195,74	53	287,53
23	196,71	54	294,21
24	197,81	55	301,17
25	198,95	56	308,44
26	200,22	57	316,01
27	201,57	58	323,82
28	202,94	59	331,92
29	204,46	60	340,22
30	206,06	61	348,72
31	207,72	62	357,40
32	209,51	63	366,22
33	211,41	64	375,12
34	213,38	65	384,17
35	215,47	66	393,23
36	217,77	67	402,26
37	220,10	68	411,27
38	222,65	69	420,21
39	225,31	70	429,04
40	228,19	71	437,73
41	231,16	72	446,28
42	234,43	73	454,56
43	237,83	74	462,66
44	241,53	75	470,42
45	245,44	76	478,05
46	249,65	77	478,05
47	254,15	78	478,05
48	258,97	79	478,05
49	264,05	80	478,05

**ANTRAG AUF
KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG**
gemäß § 41 Abs.1 Satzung WFF

[FAQs dazu siehe www.arztnoe.at](http://www.arztnoe.at)

*Übermittlung des Antrages an den Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich,
Wipplingerstraße 2, 1010 Wien oder per E-Mail (wff@arztnoe.at)*

Titel, Vorname, Name

Straße

PLZ, Ort

E-Mail, Telefon

Ich erkläre meinen Beitritt zur Krankheitskostenversicherung ab: _____

Folgende Familienmitglieder sollen mitversichert werden:

Ehegatte/-in / Eingetragene(r) Partner:in / Lebenspartner:in:

Name: _____ geboren am: _____

Kinder:

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Name: _____ geboren am: _____

Ein Beitritt zu dieser Versicherung ist nur Mitgliedern des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer für Niederösterreich, die keine Alters- oder Invaliditätsversorgung beziehen, möglich.

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Versicherung bei Ausscheiden aus dem Wohlfahrtsfonds (zB durch Wechsel in den Wohlfahrtsfonds einer anderen Landesärztekammer, Streichung aus der (Zahn-)Ärzteliste, Führung als außerordentliches Kammermitglied) für alle versicherten Personen mit dem Monat des Ausscheidens endet.

WFF-Mitglieder haben die Möglichkeit, die Versicherung bei Bezug einer Alters- oder Invaliditätsversorgung in eine Einzelversicherung mit der Merkur Versicherung AG ohne Wartezeit und Risikoprüfung nach Maßgabe der dafür geltenden Tarife und Bedingungen umzuwandeln.

Datum

Unterschrift Hauptversicherte(r)



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. 13 f EU-Datenschutzgrundverordnung erhalten haben.

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich ein, dass sämtliche, diesen Versicherungsvertrag betreffende Korrespondenz, wie beispielsweise Polizze, 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 widerrufener 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 Behandlungsentlassung 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 SXVAKE26

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 eines Vertragskrankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland

Bei stationärer Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geisteskrankte 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 im europäischen Ausland 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 468,00

C Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

- (1) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A 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 93,60

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 55,00
 - b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes bis EUR 73,00
 - erste Facharztberatung (Ordination) bis EUR 64,00
 - weitere Facharztberatung (Ordination) bis EUR 55,00
 - 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 97,00
- (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, Physiotherapie 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.B 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.B oder C 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 AUVA 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 725,00

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 243,00
b) für andere Heilbehelfe	bis	EUR 243,00

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. Krankentransportkosten

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus, zu einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II.B oder C oder einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II.E 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 2.141,00

VII. Krankenhausersatztaggeld

Wenn für die gesamte Dauer des Stationären Aufenthalts 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 301,00**

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 begehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner.

III. Übernahme der Kosten für ein Gesundheitsprogramm für Jugendliche

Versicherungsfall ist ein vom Versicherten begehrtes 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 begehrtes 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
Diese Besonderen Versicherungsbedingungen regeln das Versicherungsverhältnis zwischen den Versicherten (Mitversicherten)
und dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Niederösterreich (Versicherer).
Die Merkur Versicherung AG fungiert als Rückversicherer des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Niederösterreich.

Tarif SXVAKE26- für die Ärztekammer Niederösterreich
Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für Rückversicherungsverträge (AVB-RV) in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-RV genannt.

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

Die Spitalskosten-Krankenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Niederösterreich besteht. § 1 Abs. 6 AVB-RV kommt nicht zur Anwendung.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-RV werden insbesondere unter Berücksichtigung der Bestimmungen des § 9 AVB-RV (Subsidiaritätsklausel/Anspruch gegen Dritte) folgende Leistungen erbracht. Die Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen Leistungen (tarifliche Höchstbeträge) ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen.
Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

A Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geistes- kranke 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 Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.
- b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte im europäischen Ausland erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.
- (2) Abweichend zu § 3(2) AVB-RV entfällt die Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender medizinisch notwendiger Heilbehandlungen und medizinisch notwendiger Untersuchungen.
- (3) § 5(2) AVB-RV kommt nicht zur Anwendung.

B Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. I. A fällt, werden Pflegegebühren pro Tag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.
- (2) Entbindung
Bei einer stationären Entbindung, die nicht unter Pkt. I.A fällt, wird eine Geburtskostenbeihilfe gemäß Punkt VII geleistet.

C Kosten für eine Begleitperson bei stationärem Aufenthalt

- (1) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson übernommen.
- (2) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.B werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson pro Tag bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich

A Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen, Zahnhalteapparat und Zahnersatz)

- 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 zwischen 22.00 und 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes

werden Vergütungen pro Behandlung gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

- (2) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

B Weggebühren des Arztes

Für Weggebühren (§ 4 (4) AVB-RV) werden Kosten bis zu einem Höchstbetrag je Kilometer gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

Je Besuch werden höchstens 10 Kilometer ersetzt.

C Operative ambulante Heilbehandlung in einem österreichischen Krankenhaus

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einem österreichischen Krankenhaus übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten in voller Höhe.

Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

D Operative ambulante Heilbehandlung bei einem Vertragspartner des Rückversicherers nach diesem Tarif

Neben den österreichischen Krankenhäusern sind weitere nicht angeführte Vertragspartner zur Direktverrechnung mit dem Rückversicherer berechtigt. Sie gelten solange als Vertragspartner, als diese den Qualitätsanforderungen des Rückversicherers entsprechen und eine aufrechte Vereinbarung besteht. Die für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerliste ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; diese kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen bei einem Vertragspartner aus der Vertragspartnerliste gibt der Rückversicherer keine allgemeine Kostendeckungszusage ab. Für den konkreten Einzelfall ist vor der Inanspruchnahme der Leistung eine Kostenübernahmeanfrage (schriftlich oder in geschriebener Form) an den Rückversicherer zu stellen. Besteht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der tariflichen Leistung ein Vertragsverhältnis mit dem Vertragspartner, kann der Rückversicherer gegenüber dem Vertragspartner eine Kostenübernahmeerklärung abgeben und kann die Direktverrechnung mit dem Vertragspartner vorgenommen werden. Über das Ergebnis der Kostenübernahmeanfrage wird der Versicherte (Mitversicherte) vom Rückversicherer gesondert informiert. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, werden die unter Punkt II. E genannten Leistungen erbracht.

E Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern

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

Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Merkur-Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet. Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulantem Merkur-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 Merkur-Operationsgruppenverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

F Hauspflegepauschale

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB-RV gilt die Hauspflege als Versicherungsfall.
Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. C, D oder E nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III eine Pflegepauschale gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen bezahlt.

G Akutversorgung

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der Landeskrankenhäuser (ausgenommen besondere Honorare gem. § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz) oder in den Ambulatorien der von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten übernommen.

H Arzneimittel, Impfstoffe

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (auch homöopathische Arzneimittel) und Impfstoffe werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

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.

I Heilbehelfe, Hilfsmittel, Sehbehelfe, refraktive Augenoperationen

- (1) Ein Kostenersatz erfolgt für medizinisch notwendige Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen) sowie für refraktive Augenoperationen.
Innerhalb des vom Versicherer pro Kalenderjahr zu erbringenden Höchstbetrages werden 80% der Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie für refraktive Augenoperationen pro zwei Kalenderjahre gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.
- (2) Kosten für andere Heilbehelfe und Hilfsmittel werden zusätzlich bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

J Ärztliche Sonderleistungen

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 gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

K Diagnostische Maßnahmen

Für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie werden Vergütungen bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen erbracht.

L Alternative Heilbehandlung

Für Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chirotherapie, Biofeedback, Videoscreening, Bachblütenherapie, Neuraltherapie, Phytotherapie und Eigenblutbehandlungen werden die Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen 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.

III. Ambulante Heilbehandlung im europäischen Ausland

- (1) Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zweck der Arbeitssuche) werden die Kosten gemäß Pkt. II. - Ambulante Heilbehandlung in Österreich vergütet.
- (2) Kosten für ambulante Heilbehandlungen im europäischen Ausland, wenn der Auslandsaufenthalt vor allem zum Zwecke der ambulanten Heilbehandlung angetreten wurde, werden gemäß Pkt. II. - Ambulante Heilbehandlung in Österreich - vergütet.

IV. Krankentransportkosten

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein oder von einem Krankenhaus, zu oder von einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II. C, D, E oder zu oder von einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II. G werden für Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

V. Konservative ambulante Heilbehandlung in einem österreichischen Krankenhaus

Versicherungsschutz wird für in einem österreichischen Krankenhaus erbrachte medizinisch notwendige onkologische Heilbehandlungen auf dem Gebiet der Strahlen-, Chemo- oder Immuntherapie auch dann gewährt, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von weniger als 24 Stunden erfordert. Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Krankenhaus.

VI. Zahnbehandlung und Zahnersatz

- (1) Für Zahnbehandlung, einschließlich Zahnextraktion und Zahnrontgen werden Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.
- (2) Für Zahnersatz werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.
- (3) Für Zahn- und Kieferregulierungen werden 50 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

VII. Geburtskostenbeihilfe

Wenn für eine Entbindung keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird für die weibliche Versicherte (Mitversicherte) gegen Vorlage einer Geburtsurkunde eine Geburtskostenbeihilfe gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ausbezahlt. Bei Mehrlingsgeburten wird für jede weitere Geburt die Hälfte der Geburtskostenbeihilfe geleistet.

Abweichend zu § 3(2) AVB-RV entfällt die Wartezeit.

VIII. Krankenhaus-Ersatztagegeld

Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhaus-Ersatztagegeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen gegen Vorlage der Aufenthaltsbestätigung ausbezahlt.

Für Kinder bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres werden gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen 50 % des Tagessatzes für einen Erwachsenen für die Dauer des stationären Aufenthaltes vergütet.

IX. Kur- bzw. Erholungsaufenthalte, Kurbehandlungen und physikalische Behandlungen

- (1) Versicherte, für die die Prämie für Erwachsene bezahlt wird, erhalten für ärztlich verordnete Kur- bzw. Erholungsaufenthalte im In- und Ausland einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage des Aufenthaltes. Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes für einen Erwachsenen gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die Prämie für Kinder bezahlt wird.

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

- (2) Für ärztlich verordnete Kurbehandlungen für Erwachsene (Erwachsenenprämie wird entrichtet) im Rahmen eines Kuraufenthaltes und für ärztlich verordnete physikalische Behandlungen (wie z. B. Bäder und Massagen) (§ 4 (6) AVB-RV) außerhalb eines Kuraufenthaltes werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr ersetzt.

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

Stationäre Heilbehandlung und Entbindung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

Pflegegebühren täglich	bis	EUR	468,00
------------------------	-----	-----	--------

Kosten für eine Begleitperson bei stationärem Aufenthalt

Kostensersatz für eine Begleitperson: pro Tag	bis	EUR	93,60
---	-----	-----	-------

Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen, Zahnhalteapparat und Zahnersatz)

Kostensersatz für Arztberatung (Ordination)	bis	EUR	55,00
---	-----	-----	-------

Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	73,00
erste Facharztberatung (Ordination)	bis	EUR	64,00
weitere Facharztberatung (Ordination)	bis	EUR	55,00
Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	97,00

Die Höchstbeträge für Arzt- und Facharztkosten gemäß Pkt. II.A(2) und (3) entfallen. Vorsorgeuntersuchungen pro Kalenderjahr	bis	EUR	110,00
--	-----	-----	--------

Weggebühren des Arztes

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

Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern

X. 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 gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen 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.

XI. 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 gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen 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.

XII. Rehabilitationsbehandlung

Für stationäre Rehabilitationsbehandlungen werden die in einem europäischen Rehabilitationszentrum entstandenen Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen von maximal 90 Tagen übernommen. Voraussetzung ist, dass die medizinisch notwendige Rehabilitationsbehandlung im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt und ohne Unterbrechungen angetreten wird. Ferner werden Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes in geschriebener Form zugesagt hat.

Das Ansuchen um die Zusage ist vom 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 Rückversicherer einzubringen.

XIII. 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 gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen ersetzt.

XIV. Beendigung der Versicherung, Möglichkeit einer Anschlussversicherung

- (1) Erlischt die Anspruchsberechtigung des Versicherten beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Niederösterreich, endet diese Versicherung mit dem Ende des Monats des Ausscheidens aus dem Wohlfahrtsfonds.
- (2) Für solche Versicherte besteht jedoch die Möglichkeit einer Anschlussversicherung bei der Merkur Versicherung AG nach einem gleichwertigen Heilkostentarif im Sinne der Allgemeinen Annahmerichtlinien der Merkur Versicherung AG. Die Anschlussversicherung muss innerhalb eines Monats nach Ende dieser Versicherung bei der Merkur Versicherung AG beantragt werden. Voraussetzung für die Weiterversicherung ist ein Hauptwohnsitz in Österreich.
- (3) 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.

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

Hauspflegepauschale

Pflegepauschale für:			
Operationsgruppe III		EUR	110,00
Operationsgruppe IV		EUR	182,00
Operationsgruppe V		EUR	330,00
Operationsgruppe VI		EUR	440,00

Arzneimittel, Impfstoffe

80 % Kostensersatz für Arzneimittel pro Kalenderjahr	bis	EUR	725,00
--	-----	-----	--------

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.

Heilbehelfe, Hilfsmittel, Sehbehelfe, refraktive Augenoperationen

a) Kostensersatz für Sehbehelfe und refraktive Augenoperationen 80% der Kosten jedes zweite Kalenderjahr bis	bis	EUR	243,00
b) Kostensersatz für andere Heilbehelfe und Hilfsmittel 80% der Kosten pro Kalenderjahr bis	bis	EUR	243,00

Ärztliche Sonderleistungen

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

Der Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistung gemäß Pkt. II. J entfällt.

Diagnostische Maßnahmen

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

Der Höchstbetrag für diagnostische Maßnahmen gemäß Pkt. II. K entfällt.

Alternative Heilbehandlung

Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chirotherapie, Biofeedback, Videoscreening, Bachblütentherapie, Neuraltherapie, Phytotherapie und Eigenblutbehandlungen
pro Kalenderjahr bis EUR 364,00

Krankentransportkosten

Krankentransportkostensersatz
pro Kalenderjahr bis EUR 364,00

Zahnbehandlung und Zahnersatz

Kostensersatz für Zahnbehandlung bis EUR 364,00
80 % Kostensersatz für Zahnersatz bis EUR 364,00

50 % Kostensersatz für Zahn- und Kieferregulierungen bis EUR 146,00

jeweils pro Kalenderjahr

Geburtskostenbeihilfe

Geburtskostenbeihilfe EUR 2.141,00

Krankenhaus-Ersatztagelohn

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

Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss

Tagessatz für Erwachsene EUR 36,00
für Therapiekosten bis EUR 301,00
80 % der Kosten pro Kalenderjahr

Medizinische Hauskrankenpflege

für Behandlungskosten pro Tag bis EUR 10,90

Psychotherapeutische Behandlungen

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

Rehabilitationsbehandlung

Behandlungskosten täglich bis EUR 190,00

Kostensersatz bei Organtransplantation

Höchstbetrag pro Kalenderjahr bis EUR 30.000,00

Bestimmungen für Gesundheitsvorsorgeprogramme

Erster Abschnitt - Leistungsbeschreibung

Die jeweilige Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen Leistungen (tarifliche Höchstbeträge) ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen.

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

Der Rückversicherer 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.

Einzelne Maßnahmen sind 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 des Rückversicherers.
- (2) Der Versicherer übernimmt hierbei die Kosten des Vorsorgeprogrammes.
- (3) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner des Rückversicherers.
- (4) Ein Anspruch auf Leistung ist nur dann gegeben, wenn die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.
- (5) Als Vertragspartner des Rückversicherers gelten die im Vertragspartnerverzeichnis für Vorsorgeprogramme nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertrag geregelt sind.
Das für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

III. Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

- (1) Versicherungsfall ist ein vom Versicherten beehrtes Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner des Rückversicherers.
- (2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner des Rückversicherers.
- (3) Ein Anspruch auf Leistung ist nur dann gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die vollständige Prämie für Kinder bezahlt wird.
- (4) Als Vertragspartner des Rückversicherers gelten die im Vertragspartnerverzeichnis für Vorsorgeprogramme nach diesem Tarif angeführten Gesundheitsdienstleister. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragspartner, wie die Honorare durch Vertrag geregelt sind.

sind.

Das für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

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 des Rückversicherers.
- (2) Der Versicherer übernimmt die Kosten dieses Vorsorgeprogrammes durch direkte Verrechnung mit dem Vertragspartner des Rückversicherers.
- (3) Die Durchführung dieses Vorsorgeprogrammes erfolgt für Kinder ab dem 7. Lebensjahr bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres in Form eines Gesundheitsevents. Die Termine werden dem Versicherten in Aussendungen des Rückversicherers bekannt gegeben.

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

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

VI. Inanspruchnahme bei einem Nichtvertragspartner

- (1) Lässt der Versicherte das Gesundheitsvorsorgeprogramm gemäß Pkt. II., III., IV. oder V. nach diesen Bestimmungen bei einem Nichtvertragspartner des Rückversicherers durchführen, übernimmt der Rückversicherer die Kosten gegen Vorlage der saldierten und bezahlten Originalrechnung bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen.
- (2) 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.

VII. Neuerliche Inanspruchnahme

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

VIII. Antragstellung auf ein Vorsorgeprogramm

Begehrt der Versicherte ein Vorsorgeprogramm bei einem Vertragspartner, hat er einen entsprechenden Antrag in schriftlicher oder in geschriebener Form beim Rückversicherer einzubringen.

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

Die Kosten für die angeführten Leistungen des Vorsorgeprogrammes werden nur dann vom Versicherer übernommen, wenn ein Anspruch auf diese Leistungen zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme besteht.

Zweiter Abschnitt - Leistungen

(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Erwachsene bei einem Nichtvertragspartner
Kostensersatz bis EUR 300,00

Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Jugendliche ab dem 16. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bei einem Nichtvertragspartner
Kostensersatz bis EUR 150,00

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

Übernahme der Kosten für ein Vorsorgeprogramm für Kinder ab dem 1. Lebensjahr bis zur
Vollendung des 6. Lebensjahres bei einem Nichtvertragspartner
Kostensersatz bis EUR 100,00

