

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Diese Besonderen Versicherungsbedingungen regeln das Versicherungsverhältnis zwischen den Versicherten und dem Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Salzburg (Versicherer).

Die Merkur Versicherung AG fungiert als Rückversicherer des Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Salzburg.

Tarif SAKR24 - für die Ärztekammer Salzburg nach Vertragskrankenhausverzeichnis - Liste 1 Wertgesicherter Tarif 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 alle Geschlechter.

Die Spitalskostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch beim Wohlfahrtsfonds der Ärztekammer Salzburg besteht und sich - abweichend von § 1 Abs 6 AVB-RV - der Hauptwohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherten in Österreich befindet. Bei einem Hauptwohnsitz im Ausland und gewöhnlichem Aufenthalt in Österreich, ist vom Versicherten vor Beginn des Versicherungsverhältnisses eine schriftliche Bestätigung über seinen gewöhnlichen Aufenthalt in Österreich vorzulegen.

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 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 Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer eines Vertragskrankenhauses des Rückversicherers nach diesem Tarif

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer eines Vertragskrankenhauses übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen tariflichen Leistungen (Pflegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen, Geburtskostenbeihilfe) die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Kosten, abzüglich der satzungsgemäß zu erbringenden Leistungen des österreichischen Sozialversicherungsträgers bzw. des Wohlfahrtsfonds Ärztekammer Salzburg (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/Mehrbettzimmer oder Einbettzimmer), und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und in dem Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Krankenhausgebühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind.

- (2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

B Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. I.A fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

a) Pflegegebühren

sind die Differenz der Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer.

b) Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen

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

c) Behandlungskosten bei operativen Fällen

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

Zusätzlich werden Operationskosten entsprechend dem stationären Merkur-Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet.

Das stationäre Merkur-Operationsgruppenverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

Werden anstelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt (§ 4 (15) AVB-RV), erfolgt eine Vergütung bis zum halben Ausmaß der jeweiligen Operationsgruppe.

d) Organtransplantationen, kombinierte Krebsbehandlung

Für Organtransplantationen und kombinierte Krebsbehandlung (Operationen ab Operationsgruppe VI in Verbindung mit Strahlenbehandlung und/oder Chemotherapie) werden anstelle aller anderen Leistungen gemäß Pkt. b) und c) Vergütungen pro Versicherungsfall erbracht.

(2) Entbindung

Bei einer stationären Entbindung, die nicht unter Pkt. I.A fällt, besteht Anspruch auf die Geburtskostenbeihilfe gemäß Punkt V.

- (3) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

C Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland

Bei stationärer Heilbehandlung und Entbindung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des österreichischen oder ausländischen Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes übernommen.

D Kosten einer Begleitperson bei stationärem Aufenthalt

- (1) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A (1) werden die Kosten für eine Begleitperson übernommen.
- (2) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus 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.

E Krankentransportkosten bei stationären Aufenthalten

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

II. Operative ambulante Heilbehandlung

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative ambulante Heilbehandlungen gemäß II.A, II.B und II.C, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung nachweislich vermieden wird.

A Operative ambulante Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus des Rückversicherers nach diesem Tarif

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen. Allfällige Leistungen der Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes werden in Abzug gebracht.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Krankenhausgebühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind.

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

Neben den im Vertragskrankenhausverzeichnis genannten Einrichtungen sind weitere, nicht angeführte Vertragspartner zur Direktverrechnung berechtigt. Sie gelten solange als Vertragspartner, als diese unseren Qualitätsanforderungen 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 geben wir keine allgemeine Kostendeckungszusage ab. Für den konkreten Einzelfall ist vor der Inanspruchnahme der Leistung eine Kostenübernahmeanfrage (schriftlich oder in geschriebener Form) an uns zu stellen. Besteht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der tariflichen Leistung ein Versicherungsverhältnis mit dem Vertragspartner, können wir gegenüber dem Vertragspartner eine Kostenübernahmeerklärung abgeben und können die Direktverrechnung mit dem Vertragspartner vornehmen. Über das Ergebnis der Kostenübernahmeanfrage werden wir Sie gesondert informieren. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, erbringen wir die unter Punkt II. C genannten Leistungen.

C Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern

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

- a) 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 ambulanten 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.

- b) Behandlungskosten für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie, interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie werden pro Versicherungsfall vergütet.

D Krankentransportkosten

In Abänderung der Bestimmungen des § 4 (13) AVB-RV werden Krankentransportkosten gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen übernommen.

E 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.A oder B 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.

III. Konservative ambulante Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus

Versicherungsschutz wird für in einem Vertragskrankenhaus 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 Vertragskrankenhaus. Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Krankenhausgebühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

IV. Burn-out Beratungsgespräch

Es werden die Kosten für zwei pro Kalenderjahr in Anspruch genommene Burn-out Beratungsgespräche bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

Das Burn-out Beratungsgespräch gilt dann als Versicherungsfall, wenn es bei einem von der Ärztekammer Salzburg (Referat Ärztesundheit) namhaft gemachten Experten (insbesondere Facharzt für Psychiatrie) durchgeführt wird.

Der Anspruch auf Vergütung der Burn-out Beratungsgespräche nach diesem Tarif entfällt, sofern ein anderer Tarif der Krankheitskostenversicherung bereits besteht oder abgeschlossen wird, der diese Leistung vorsieht; dies gilt insbesondere betreffend den Grundtarif für die Ärztekammer Salzburg (SAEK).

V. Geburtskostenbeihilfe

Erfolgt die Entbindung weder in einem Vertragskrankenhaus (gemäß Pkt. I.A), noch in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus im europäischen Ausland (gemäß Pkt. I.C), wird anstelle aller anderen Leistungen 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.

Erfordert die Entbindung einen operativen Eingriff ab Operationsgruppe IV, wird für die Operationskosten gesondert Ersatz im tariflichen Ausmaß gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen geleistet.

In Abänderung der Bestimmungen des § 3 (2) AVB-RV beträgt die Wartezeit 7 Monate.

VI. Beendigung der Versicherung, Möglichkeit einer Anschlussversicherung

(1) Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung beim Wohlfahrtsfonds der Salzburger Ärztkammer erlischt, endet diese Versicherung.

(2) Für solche Versicherte besteht jedoch die Möglichkeit einer Anschlussversicherung bei der Merkur Versicherung AG nach einem gleichartigen Spitalskostentarif (ausgenommen sind Kombinationstarife) im Sinne der Allgemeinen Annahmerichtlinien der Merkur Versicherung AG.

Die Anschlussversicherung muss innerhalb eines Monats nach Ende dieser Versicherung beim Rückversicherer beantragt werden. Voraussetzung für eine Anschlussversicherung ist ein Hauptwohnsitz sowie eine aufrechte Sozialversicherung in Österreich.

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

Stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

Pflegegebühren täglich	bis	EUR	185,00
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen interne Behandlungspauschale täglich ab dem ersten Tag	bis	EUR	1.034,00
Behandlungskosten bei operativen Fällen Ersatz pro Aufenthaltstag	bis	EUR	172,47
Behandlungskosten bei operativen Fällen Ersatz pro Aufenthaltstag	bis	EUR	86,22
Höchstbeträge für Operationskosten:			
Operationsgruppe I	bis	EUR	685,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	971,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	1.429,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	2.698,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	4.045,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	5.395,00
Operationsgruppe VII	bis	EUR	6.907,00
Operationsgruppe VIII	bis	EUR	9.209,00
Organtransplantationen, kombinierte Krebsbehandlung Vergütung pro Versicherungsfall	bis	EUR	13.814,00

Begleitpersonskosten

Kostensatz für eine Begleitperson: pro Tag	bis	EUR	141,32
---	-----	-----	--------

Krankenhaustransportkosten bei stationären Aufenthalten

Krankenhaustransportkostensatz	bis	EUR	820,00
--------------------------------	-----	-----	--------

Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern

Höchstsätze für Operationskosten:			
Operationsgruppe I	bis	EUR	219,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	437,00

Operationsgruppe III	bis	EUR	727,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.454,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	2.035,00

Behandlungskosten für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie pro Versicherungsfall	bis	EUR	342,00
--	-----	-----	--------

interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie pro Versicherungsfall	bis	EUR	820,00
---	-----	-----	--------

Krankentransportkosten

Krankentransportkostenersatz	bis	EUR	727,00
------------------------------	-----	-----	--------

Hauspflegepauschale

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

Burn-out Beratungsgespräch

Erstgespräch 100% der Kosten pro Fall	bis	EUR	100,00
--	-----	-----	--------

Folgegespräch 100% der Kosten pro Fall	bis	EUR	100,00
---	-----	-----	--------

Geburtskostenbeihilfe

Geburtskostenbeihilfe		EUR	2.100,00
-----------------------	--	-----	----------

Bestimmungen für den Rücktransport von Kranken und Verstorbenen aus dem Ausland und für ambulante und stationäre Heilbehandlungen im Ausland

sowie für die Bergung durch einen Rettungshubschrauber

Erster Abschnitt - Leistungsbeschreibung

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

I. Versicherungsfall

Versicherungsfall nach diesen Bestimmungen ist ein medizinisch begründeter und ärztlich angeordneter Rücktransport aus dem Ausland (Pkt. II. A), eine akute Erkrankung oder der Eintritt eines Unfalles des Versicherten im Ausland (Pkt. II. B), die Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort (Pkt. II. C), die medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall (Pkt. II. D), eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland (Pkt. II. E) und die Bergung eines verunglückten Versicherten durch einen Rettungshubschrauber (Pkt. II. F).

In den Fällen der Punkte II. A, II. B, II. C und II. D ist ein Versicherungsfall und eine Leistungspflicht des Versicherers nicht gegeben, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

II. Art und Umfang des Versicherungsschutzes

A Krankenrücktransport aus dem Ausland

(1) Ersetzt werden die entstehenden Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Österreich, wenn

- der Rücktransport medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist, oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Ausland von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, und der Rücktransport ebenfalls medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist, sowie einer dem Versicherten nahe stehenden mitversicherten Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind).

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

- (2) Der Versicherer stellt für die Organisation und Durchführung des Krankenrücktransports aus dem Ausland die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport zur Verfügung. Diese ist rundum die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.
- (3) Wird ein anderes Unternehmen mit der Organisation und Durchführung des Krankenrücktransports beauftragt, besteht Kostendeckung im Sinne des II.A (1).
- (4) Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes im Sinne dieser Bestimmungen hat durch den behandelnden Arzt des im Ausland verunfallten oder erkrankten Versicherten, durch den verunfallten oder erkrankten Versicherten selbst oder durch einen seiner Angehörigen zu erfolgen. Dieser Antrag ist in geschriebener Form an den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen zu richten. Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsverhältnis erfolgen.
- (5) Der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen entscheidet im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Krankenrücktransportes des Versicherten aus dem Ausland. Der Versicherer bzw. ein von ihm beauftragtes Unternehmen hat den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz nach diesen Bestimmungen besteht und die Voraussetzungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gemäß Abs. (1), (2) und (3) nicht vorliegen.
- (6) Ergibt die Prüfung gemäß Abs. (5), dass Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland besteht, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).
- (7) Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben und sich bei Eintritt des Versicherungsfalles dort aufhalten, bei Auslandsreisen von mehr als 3 Monaten, bei Auslandsreisen mit dem Ziel der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenspringen, Downhill-Biking, Free Solo-Klettern, Slacklines in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montagearbeiten u. dgl., für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grob-fährlichem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen).
- (8) Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.
- B Zusatzleistungen für die Inanspruchnahme einer Krankenbesuchsreise durch eine dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehende Person, für die Herstellung des Kontaktes zu österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland, für die Beistellung einer ortsansässigen Hilfsperson**
- (1) Ist ein Spitalsaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als vierzehntägiger Dauer aus medizinischen Gründen erforderlich, ohne dass die Voraussetzungen für einen Krankenrücktransport gemäß Pkt. II. A vorliegen, oder ein solcher durchgeführt wurde, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Organisation einer Krankenbesuchsreise einer dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehenden und von diesem gewünschten volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort sowie die Kosten für eine solche Besuchsreise mittels eines angemessenen Transportmittels. Die Kosten für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch nicht ersetzt.
- (2) Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Krankenrücktransport im Sinne des Pkt. II. A oder ein Spitalsaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Erkrankten (Verunfallten) oder der Organisation des Krankenrücktransportes erforderlich ist.
- Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.
- (3) Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Krankenbesuchsreise gemäß Abs. (1), die Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Abs. (2) durch die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport, erfolgt (beauftragtes Unternehmen). Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.
- (4) Kein Versicherungsschutz besteht in Fällen des Pkt. II.A (7).
- C Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort**
- (1) Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag der Merkur Versicherung AG durch die von ihr bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.
- (2) Wird die vom Rückversicherer bestellte Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen oder besteht kein aufrechter Vertrag mehr, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem bestimmten Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. II. A Abs. (7) und (8).
- D Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise von höchstens 4 Wochen erforderlich wird**
- (1) Für solche ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden die Kosten bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr vergütet.
- (2) Für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferregulierungen besteht kein Versicherungsschutz.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht außerdem in den Fällen des Pkt. II.A Abs. (7) bzw. wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.
- E Stationäre aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbare Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland**
- Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland, die aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist, werden weltweit die vollen Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherersatztarifes einschließlich Transportkosten für die Hin- und Rückreise übernommen.
- Eine Leistung für Transportkosten wird nur erbracht, wenn die Hin- und Rückreise von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird.
- III. Hubschrauberrettung**
- (1) Ersetzt werden die Kosten, die
- bei der Suche und Bergung innerhalb Österreichs eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder eines in Wassernot geratenen Versicherten, oder
 - bei einem Transport innerhalb Österreichs zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten ab NACA III (siehe sogleich) oder
 - eines an einer plötzlich auftretenden, lebensbedrohenden Krankheit erkrankten Versicherten ab NACA III (siehe sogleich)
- durch einen Rettungshubschrauber von dem Ort an dem der Versicherungsfall eintritt in ein Krankenhaus entstehen.
- Eine Krankheit gilt dann als plötzlich auftretende Krankheit, wenn sie der Bewertung ab NACA III gemäß NACA-Score entspricht.
- Der NACA-Score beschreibt den Schweregrad der Verletzung in der Notfallmedizin. Er umfasst ein Scoring-System zur Einordnung des Erkrankungs- oder Verletzungsschweregrades von Patienten in Kategorien. Entscheidend ist der NACA - Score, der im ärztlichen Befundbericht des Notfallmediziners, von dem der Versicherte während des Transports oder nach dem Transport behandelt wurde, angegeben ist.
- Diese Kosten werden bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Versicherungsfall vergütet. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Hubschrauberrettungskosten, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diesen Dritten nicht übernommen werden.
- (2) Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungs-/Transportberichtes nachzuweisen.

(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Überführung eines im Ausland Verstorbenen in den Heimatort

bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Versicherungsfall bis EUR 750,00

Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise von höchstens 4 Wochen erforderlich wird pro Kalenderjahr bis EUR 750,00

Leistungen für Hubschrauberrettungskosten pro Versicherungsfall

bis EUR 3.650,00

