

**Besondere Versicherungsbedingungen(BVB) für die Krankheitskostenversicherung
Spitalskostentarif nach Unfall MHUST/24F bzw. MHUST/24
für Versicherte mit Hauptwohnsitz in der Autonomen Provinz Bozen Südtirol
nach Vertragskrankenhausverzeichnis - Liste 2ST
Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel)
Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen**

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB MST 2020 / in der geltenden Fassung – in weiterer Folge AVB MST 2020 genannt). Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

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

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

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

A Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer Vertrags-Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol inkl. Ticketgebühr sowie einem Vertragskrankenhaus in Tirol nach diesem Tarif

(1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer Vertrags-Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol sowie einem Vertragskrankenhaus in Tirol innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen) die mit der betreffenden Vertrags-Privatklinik bzw. mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Kosten, abzüglich der satzungsgemäß zu erbringenden Leistungen des italienischen oder ausländischen Sozialversicherungsträgers (zB Landesgesundheitsdienst Südtirol) (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/Mehrbettzimmer in einer Vertrags-Privatklinik in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. einem Vertragskrankenhaus in Tirol) inkl. Ticketgebühr.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Verwaltung der jeweiligen Vertrags-Privatklinik bzw. des Vertragskrankenhauses.

Als Vertrags-Privatkliniken bzw. Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol sowie Vertragskrankenhäuser Tirols. **Diese gelten nur solange und in dem**

Ausmaß als Vertrags-Privatkliniken bzw. Vertragskrankenhäuser, wie die mit der betreffenden Vertrags-Privatlinik bzw. mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Klinikgebühren, Krankenhausgebühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

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

(1) Bei stationärer Heilbehandlung innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in einem allgemein öffentlichen Krankenhaus im europäischen Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol), werden die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der dort ansässigen Pflichtkrankenkasse **abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des italienischen oder ausländischen Sozialversicherungsträgers** (zB Landesgesundheitsdienst Südtirol) **zur Allgemeinen Gebührenklasse sowie Sonderklasse/Mehrbettzimmer oder eines Sozialversicherungersatztarifes übernommen.** Die Kostenübernahme für Aufenthalte im europäischen Ausland erfolgt **nach Vorlage der saldierten Krankenhausrechnung inklusive sämtliche zur Beurteilung notwendige Unterlagen.**

(2) Für Tageskosten (Pflegegebühr, Sachaufwand) ist der Kostenersatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser BVB pro Tag begrenzt.

C Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol)

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen **Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol)** werden die Honorare, Behandlungskosten und Tageskosten (Pflegegebühr, Sachaufwand) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des italienischen oder ausländischen Sozialversicherungsträgers (zB Landesgesundheitsdienst Südtirol) oder eines Sozialversicherungersatztarifes in voller Höhe vergütet. Gedeckt sind nur solche stationären Heilbehandlungen, die **anlässlich von Unfallfolgen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von höchstens 4 Wochen im europäischen Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) auftreten und die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. Tirol) notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden vor Anritt des Krankenhausaufenthaltes aufgetreten sind.**

D Stationäre aufgrund des medizinischen Standards in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol oder in einem mit dem Landesgesundheitsdienst Südtirols konventionierten Krankenhaus in Österreich nicht durchführbare Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol bzw. Tirol)

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein

öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland, die aufgrund des medizinischen Standards in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol oder in einem mit dem Landesgesundheitsdienst Südtirol konventionierten Krankenhaus in Österreich nicht durchführbar ist, werden weltweit die vollen Kosten **abzüglich der zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers** (zB des Landesgesundheitsdienstes Südtirol) oder eines Sozialversicherungersatztarifes 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.

E Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland werden die Kosten **abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers** (zB des Landesgesundheitsdienstes Südtirol) **oder eines Sozialversicherungersatztarifs** bis zu einem **Höchstbetrag** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen **pro Kalenderjahr** vergütet.

Gedeckt sind nur solche stationären Heilbehandlungen, die anlässlich von Unfallfolgen während eines **vorübergehenden Auslandsaufenthalts von höchstens 4 Wochen** im außereuropäischen Ausland auftreten und die einen **stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer Krankenanstalt im außereuropäischen Ausland notwendig** machen und **innerhalb der letzten 24 Stunden vor Antritt des Krankenhausaufenthaltes** aufgetreten sind.

F Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

(1) Bei stationärer Heilbehandlung innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen, die nicht unter Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D oder I.E 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 maßgebend ist, vergütet.

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

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

G Begleitpersonkosten

(1) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die mit der Vertrags-Privatklinik bzw. Vertragskrankenhaus vertraglich geregelten Kosten übernommen.

(2) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I.B, I.C, I.D, I.E oder I.F werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson pro Tag bis zu einem **Höchstbetrag** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

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

II. Ambulante Heilbehandlung infolge eines Unfalles

A Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen und Zahnhalteapparat und Zahnersatz) inkl. Ticketgebühren, physiotherapeutische Behandlungen und diagnostische Untersuchungen innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der daraus resultierenden ambulanten Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen.

(1) Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin werden für Arztberatungen in der Sprechstunde (Ordination), ärztliche, medizinische, notwendige Heilbehandlungen, ambulante Operationen, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen und EKG, infolge eines Unfalles erbracht. Es werden **80 % der Kosten bis zum Gesamthöchstsatz** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen **pro Kalenderjahr** ersetzt **Für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierungen besteht jedoch kein Leistungsanspruch.**

(2) Physiotherapeutische Behandlungen

Der Versicherer gewährt Versicherungsleistung in Höhe der durch den Versicherten aufgewendeten Kosten für ärztlich verordnete und medizinisch notwendige physiotherapeutische Behandlungen des Versicherten infolge eines Unfalles. Es werden **80 % der Kosten bis zum Gesamthöchstsatz** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen **pro Kalenderjahr** ersetzt.

(3) Ticketgebühren

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

(4) Diagnostische Untersuchungen

Kosten für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie und Röntgen in Folge eines Unfalles werden zu 100% **bis zu einem Gesamthöchstsatz pro Kalenderjahr** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

III. Operative ambulante Heilbehandlung infolge eines Unfalles in Privatkliniken und Krankenhäusern

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

A Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertrags-Privatklinik inkl. Ticketgebühr in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol sowie in einem Vertragskrankenhaus in Tirol nach diesem Tarif infolge eines Unfalles

(1). Im Fall eines Unfalls **übernimmt der Versicherer** für die Dauer von zwei Jahren nach einem Unfall **die durch Vertrag mit der betreffenden Vertrags-Privatklinik festgesetzten oder vereinbarten Kosten für die erforderliche operative ambulante Heilbehandlung.** Dies gilt unter den folgenden Bedingungen:

- **die Vertrags-Privatklinik liegt in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol oder in einem Vertragskrankenhaus in Tirol-** sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung fallen in die Laufzeit des Versicherungsvertrages. Allfällige Leistungen des Sozialversicherungsträgers (zB des Landesgesundheitsdienstes Südtirol) oder eines Sozialversicherungersatztarifes werden in Abzug gebracht.

Die Kosten werden direkt mit der Vertrags-Privatklinik sowie einem Vertragskrankenhaus **in Tirol** verrechnet.

Als Vertrags-Privatkliniken bzw. Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Privatkliniken der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol sowie Vertragskrankenhäuser Tirols. **Diese gelten nur solange und in dem Ausmaß als Vertrags-Privatkliniken bzw. Vertragskrankenhäuser, wie die mit der betreffenden Vertrags-Privatklinik bzw. mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Klinikgebühren, Krankenhausgebühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.**

B Operative ambulante Heilbehandlung bei einem Vertragspartner nach diesem Tarif infolge eines Unfalles

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; die vorgenannte Liste kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen bei einem Vertragspartner aus dem Vertragsklinik-Verzeichnis 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 Vertragsverhältnis mit dem Vertragskrankenhaus oder der Vertragstagesklinik in Tirol, können wir gegenüber dem Vertragskrankenhaus oder der Vertragstagesklinik in Tirol eine Kostenübernahmeerklärung abgeben und die Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus oder der Vertragstagesklinik in Tirol vornehmen. Über das Ergebnis der Kostenübernahmeanfrage wird die versicherte Person gesondert informieren. **Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, erbringen wir die unter Punkt III.C genannten Leistungen.**

C Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern infolge eines Unfalles

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen, die nicht unter Pkt. III.A oder III.B fallen, werden folgende Leistungen erbracht:

Operationskosten gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen werden entsprechend dem ambulanten Merkur Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet. **Allfällige Leistungen des Sozialversicherungsträgers (zB des Landesgesundheitsdienstes Südtirol) oder eines Sozialversicherungsersatztarifs werden in Abzug gebracht.**

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

Das ambulante Operationsgruppenverzeichnis ist unter www.merkur-versicherung.it abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

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

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

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

(1) Ersetzt werden die entstehenden Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol, **wenn**

- der Rücktransport **medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist**, oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Ausland von **mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, und der Rücktransport ebenfalls medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist**,

sowie die Kosten des Rücktransportes einer dem Versicherten nahe stehenden 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 rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.

Wird ein anderes Unternehmen mit der Organisation und Durchführung des Krankenrück-transports beauftragt, besteht Kostendeckung im Sinne des IV. A (1).

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

(4) Der Versicherer bzw. das beauftragte Unternehmen entscheidet im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Krankenrücktransportes des Versicherten aus dem Ausland. Der Rücktransport wird abgelehnt, **wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz besteht, und die Voraussetzungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gemäß Abs. (1), (2) und (3) nicht vorliegen.**

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

(6) **Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherte, die ihren Wohnsitz außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol haben und sich bei Eintritt des Versicherungsfalls dort aufhalten, bei Auslandsaufhalten von mehr als 3 Monaten, bei Auslandsreisen mit dem Ziel der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenspringen, Downhill-Biking, Free Solo-Klettern, Slacklinen in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montagearbeiten u. dgl., für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen).**

(7) Der Versicherer bzw. das beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.

B Zusatzleistungen für die Inanspruchnahme einer Krankenbesuchsreise durch eine dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehende Person, für die Herstellung des Kontaktes zu italienischen Vertretungsbehörden im Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol), für die Beistellung einer ortsansässigen Hilfsperson

(1) Ist ein Spitalsaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) **von mehr als vierzehntägiger Dauer** aus medizinischen Gründen erforderlich, ohne dass die Voraussetzungen für einen Krankenrücktransport gemäß Pkt. IV.A vorliegen, oder ein solcher durchgeführt wurde, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Organisation einer Krankenbesuchsreise einer dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehenden volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort sowie die Kosten für eine solche Besuchsreise mittels eines angemessenen Transportmittels. **Die Kosten für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch nicht ersetzt.**

(2) Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Krankenrücktransport gemäß Pkt. IV.A oder ein Spitalsaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen italienischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Erkrankten (Verunfallten) oder der Organisation des 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 italienischen 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 den Fällen des Pkt. IV. A (6).

C Ausnahme vom Versicherungsschutz bei Krankenrücktransport aus dem Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) bzw. Krankenbesuchsreise

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

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

(1) Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland (außerhalb der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Tirol) verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, **sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die vom Versicherer bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.**

(2) Wird die Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr, so werden die Kosten pro Versicherungsfall **bis zu einem bestimmten Höchstbetrag** gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

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

(4) Kein Versicherungsschutz besteht ferner in den Fällen des Pkt. IV.A(6) und (7).

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

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

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

(3) **Kein Versicherungsschutz besteht außerdem in den Fällen des Pkt. IV.A Abs. (6) bzw. wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.**

VII. Hubschrauberrettung

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

a) bei der Bergung eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder eines in Wassernot geratenen Versicherten, oder

b) bei einem Transport zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten

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

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

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

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

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

VIII. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

(1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A(1), I.B(1), I.C, I.D, I.G(1), III.A und IV.A(2), IV.B(1), IV.B(2) und V.(1) können seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolize oder in einem Nachtrag zur Polize kein anderer frühester Widerrufstermin ausdrücklich angegeben ist.

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

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

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

IX. Aufnahmealter

Das Aufnahmealter ist mit 70 Jahren begrenzt.

X. Leistungs- und Prämienanpassung

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

XI. Beendigung der Versicherung

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

Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 12, 13 und 14 AVB MST 2020 endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch:

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

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

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

XII. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Entgegen der Regelung in den AVB MST 2020 §12 (1) kann der Versicherungsvertrag erstmalig zum Ende des ersten Versicherungsjahres mit einer Kündigungsfrist von 60 Tagen gekündigt werden.

XIII. Sitz des Versicherers

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

Zweiter Abschnitt – Leistungen

Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

Pflegegebühren für Hauptversicherte täglich	bis EUR	105,00
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen		
interne Behandlungspauschale	bis EUR	453,00
täglich ab dem ersten Tag	bis EUR	55,71
Behandlungskosten bei operativen Fällen		
Ersatz pro Aufenthaltstag	bis EUR	39,00
Höchstbeträge für Operationskosten		
Operationsgruppe I	bis EUR	254,00
Operationsgruppe II	bis EUR	390,00
Operationsgruppe III	bis EUR	624,00
Operationsgruppe IV	bis EUR	1.053,00
Operationsgruppe V	bis EUR	1.482,00
Operationsgruppe VI	bis EUR	2.028,00
Operationsgruppe VII	bis EUR	2.847,00
Operationsgruppe VIII	bis EUR	3.900,00

Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse / Mehrbettzimmer im europäischen Ausland

Kostenersatz Tageskosten: pro Tag	bis EUR	105,00
-----------------------------------	---------	--------

Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland

pro Kalenderjahr	bis EUR	150.000,00
------------------	---------	------------

Begleitpersonskosten

Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag	bis EUR	100,00
--	---------	--------

Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen und Zahnhalteapparat und Zahnersatz) sowie physiotherapeutische Behandlungen zu 80%, Ticketgebühren sowie diagnostische Untersuchungen zu 100% infolge eines Unfalles

80% bzw. 100% der Kosten pro Kalenderjahr	bis EUR	500,00
---	---------	--------

Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern infolge eines Unfalles

Höchstsätze für Operationskosten		
Operationsgruppe II	bis EUR	91,00
Operationsgruppe III	bis EUR	164,00
Operationsgruppe IV	bis EUR	400,00
Operationsgruppe V	bis EUR	946,00
Operationsgruppe VI	bis EUR	1.310,00
Operationsgruppe VII	bis EUR	1.529,00

Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort

bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation

pro Versicherungsfall bis EUR 750,00

Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland

pro Kalenderjahr bis EUR 15.000,00

Hubschrauberrettungskosten

pro Versicherungsfall bis EUR 4.000,00

**Vertragsprivatkliniken Südtirol
(Stand September 2024)**

Brixiana, Brixen

CityClinic, Bozen

Dolomiti Sportclinic, St. Ulrich/Gröden

Marienlinik, Bozen

Melittaklinik, Bozen

Villa St. Anna, Meran

**Vertragskrankenhausverzeichnis Tirol
(Stand September 2024)**

A.ö. Landeskrankenhaus Innsbruck - Universitätskliniken

A.ö. Landeskrankenhaus Hall in Tirol

A.ö. Landeskrankenhaus Hochzirl - Natters

A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein

A.ö. Bezirkskrankenhaus Reutte

A.ö. Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol

A.ö. Bezirkskrankenhaus Schwaz

A.ö. Krankenhaus "St. Vinzenz", Zams

A.ö. Landeskrankenhaus Lienz/ Osttirol

Sanatorium Kettenbrücke Innsbruck

Privatklinik Hochrum, Rum-Innsbruck

Kursana Privatklinik im Gesundheitszentrum Wörgl

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

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

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

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