

ACHTUNG: Hier finden Sie nur die wichtigsten Informationen zu Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie

- im Versicherungsantrag,
- in der Versicherungspolizze und
- in den Versicherungsbedingungen.

Um welche Versicherung handelt es sich: Krankheitskostenversicherung - Spitalskostentarif mit ambulanten Arztleistungen



Was ist versichert?

Die wichtigsten Leistungen sind – wahlweise mit oder ohne Selbstbehalt:

- ✓ Sonderklasse Österreich: Kostendeckung im Zweibettzimmer ergänzend zur Sozialversicherung
- ✓ Medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen bei Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung
- ✓ Direktverrechnung mit Vertragskrankenhäusern
- ✓ Ersatztagegeld oder Entbindungspauschale statt Kostenersatz
- ✓ Krankentransportkosten
- ✓ Kosten der Begleitperson
- ✓ Tagesklinische Behandlungen
- ✓ Operative ambulante Heilbehandlungen
- ✓ Behandlung als Privatpatient bei niedergelassenen Ärzten nach schul- und alternativmedizinischen (z.B.: Homöopathie, Akupunktur) Methoden
- ✓ Gesundheitsvorsorgeprogramme
- ✓ Ambulante Vorsorge

Folgende Leistungen können je nach gewähltem Tarif zusätzlich versichert werden:

- ✓ Einbettzimmer
- ✓ GesundheitsPlus (garantierter Prämienbonus und/ oder Prämienermäßigung)
- ✓ MedEasy
- ✓ Zahnbehandlung und Zahnersatz
- ✓ Physiotherapeutische Heilbehandlungen, z. B. Massagen
- ✓ Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlung
- ✓ Heilbehelfe, z. B. Brillen oder Kontaktlinsen
- ✓ Medikamente
- ✓ Impfstoffe
- ✓ Rezeptgebühren
- ✓ Psychotherapie
- ✓ Krankenhaustaggeld



Was ist nicht versichert?

Die wichtigsten, nicht enthaltenen Leistungen sind:

- x Zahnbehandlungen und -implantationen
- x Künstliche Befruchtungen und deren Folgen
- x Kosmetische Behandlungen und Produkte
- x Präventive Behandlungen und Eingriffe
- x Eingriffe wegen Übergewicht
- x Maßnahmen zur Empfängnisverhütung
- x Geschlechtsangleichende Operationen
- x Maßnahmen der Geriatrie, Rehabilitation und Pflege
- x nicht in Österreich registrierte Arzneimittel
- x Nahrungsergänzungsmittel



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die wichtigsten Deckungsbeschränkungen sind:

- ! Eingeschränkte Kostendeckung in Nichtvertragskrankenhäusern
- ! Heilbehandlungen wegen bestimmter Ursachen oder Ereignisse, z. B. Alkohol- und Suchtgift-Missbrauch, gerichtlich strafbarer vorsätzlicher Handlungen
- ! Bestimmte Krankenhäuser, z. B. Kuranstalten
- ! Bestimmte Zimmerkategorien
- ! Je nach Tarif können Selbstbehalte anfallen
- ! Wartezeiten für bestimmte Leistungen (z.B.: Entbindungen)
- ! Höchstbeträge je Kalenderjahr, Behandlungs- und Leistungsart
- ! Wartezeiten, prozentuelle Rückvergütung und Einhaltung der üblichen Nutzungsdauer für bestimmte Leistungen



Wo bin ich versichert?

Das hängt von Ihrem Tarif ab:

- ✓ **Österreich:** Kostengarantie und Direktverrechnung mit Vertragskrankenhäusern in ganz Österreich
- ✓ **Europa:** Kostengarantie in allgemein öffentlichen Krankenhäusern
- ✓ **Weltweit:** Kostengarantie für stationäre aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbare Heilbehandlung



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Die Merkur Versicherung AG muss vollständig und ehrlich über das versicherte Risiko informiert werden – vor Vertragsabschluss und während der Vertragslaufzeit. Vor allem sind alle Fragen im Antragsformular vollständig und ehrlich zu beantworten.
- Bis zu dem Tag, an dem Sie die Polizze erhalten, ist die Merkur Versicherung AG schriftlich über Änderungen zu informieren z. B. über gesundheitliche Beeinträchtigungen, Erkrankungen, Behandlungen, Schwangerschaft.
- An der Feststellung des Versicherungsfalles und seiner Folgen ist mitzuwirken, z. B. sind Aufenthaltsbestätigungen, Rechnungen und ärztliche Unterlagen an die Merkur Versicherung AG zu übermitteln; bei Medikamenten, Heilbehelfen und bei physio- und psychotherapeutischen Heilbehandlungen ist eine ärztliche Verordnung erforderlich.
- Wichtige Änderungen z. B. eine Adressänderung (Wechsel des Wohnsitzes), eine Änderung oder der Wegfall der Sozialversicherung, den Abschluss einer weiteren Krankenversicherung und die Kostenerstattung von dritter Seite – etwa durch die Sozialversicherung, sind unverzüglich bekanntzugeben.



Wann und wie zahle ich?

Wann: Sie zahlen Ihre Prämie fristgerecht monatlich im Voraus.

Wie: z.B. mit Zahlschein, Dauerauftrag, Einzugsermächtigung (Sepa-Lastschriftmandat) – wie vereinbart.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Beginn: wie im Versicherungsvertrag vereinbart – allerdings nur, wenn Sie Ihre erste Prämie rechtzeitig zahlen.

Ende: Der Versicherungsschutz gilt lebenslang. Er endet erst, wenn Sie kündigen oder im Todesfall.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können den Vertrag zum Ende des 3. Versicherungsjahres kündigen – mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten.
- Ab dann können Sie den Vertrag jährlich kündigen – mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten.