

SANI-FONDS LEISTUNGSORDNUNG 2019

Aktualisiert: 08/2023

Sämtliche Leistungen stehen, sofern nicht ausdrücklich anders angeführt, dem/der Versicherungsnehmer/in, dem/der jeweils zu Lasten lebenden Ehepartner/in sowie seinen/ihren minderjährigen Kindern zwischen Null und 12 Monaten zu.

Gilt die höchste Entschädigungssumme laut Angabe für den gesamten Haushalt, verstehen sich unter Haushalt der/die Versicherungsnehmer/in, der/die zu Lasten lebende Ehepartner/in sowie seine/ihre minderjährigen Kinder im Alter von Null bis 12 Monaten.

Bei freiwilliger Erweiterung des Versicherungsschutzes auf andere Familienmitglieder wird vorliegende Leistungsordnung mit einer eigenständigen Haushaltsentschädigungssumme auf die zahlenden Familienmitglieder angewandt, die von jener für den/die Versicherungsnehmer/in, den/die zu Lasten lebende Ehepartner/in und seine/ihre minderjährigen Kinder zwischen Null und zwölf Monaten abweicht.

Falls die Rückerstattung einer Leistung für eine beschränkte Anzahl von Inanspruchnahmen *pro Jahr* vorgesehen ist, bezieht sich diese Zeitangabe ("Jahr") auf das jeweilige Versicherungsjahr, das jeweils mit 1. August beginnt und jeweils mit 31. Juli endet. Für den Zeitraum 01.08.2023 bis 31.12.2023 endet das Versicherungsjahr mit dem 31.12.2023.

A. KRANKENHAUSAUFENTHALT

A.1 Krankenhausaufenthalt

Während der vertraglichen Laufzeit ist für jede Art von Krankenhausaufenthalt infolge von Krankheit oder Unfall (Krankenhausaufenthalt oder Tagesklinik – Day Hospital/Day Surgery), einschließlich eventueller Aufenthalte für post-akute Betreuung (Rehabilitation und Langzeitpflege), Plätze für Kurzzeit- und Übergangspflege, sowie Aufenthalte für die Betreuungskontinuität (CAVS), ein Tagegeld vorgesehen. Dieses dient zur Deckung aller von dem/der Versicherten im Zuge des Krankenhausaufenthalts getragenen Kosten, einschließlich der Krankenhauskosten und der Spesen des Begleiters, mit alleiniger Ausnahme der im nachstehenden Absatz angeführten Bestimmungen (Leistungen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt).

Die Leistung wird bei Krankenhausaufenthalten in privaten und in öffentlichen Einrichtungen erbracht.

Der/die Versicherte hat für jeden im Krankenhaus verbrachten Tag Anspruch auf ein Tagegeld in Höhe von 60,00 Euro für maximal 30 Tage.

Leistungen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt

Erstattet werden alle Kosten für diagnostische und fachärztliche Untersuchungen 120 Tage vor und 120 Tage nach dem Krankenhausaufenthalt, vorausgesetzt sie sind an die Krankheit bzw. den Unfall gebunden, die bzw. der zum Aufenthalt geführt hat. Inbegriffen sind für 120 Tage nach dem Krankenhausaufenthalt Arzt-, Chirurgie-

und Pflegeleistungen, physiotherapeutische sowie rehabilitative Behandlungen (Logopädie und Ergotherapie).

Ebenfalls zugesichert sind die verschriebenen Medikamente, soweit diese an die Krankheit bzw. den Unfall gebunden sind, die bzw. der zum Krankenhausaufenthalt geführt hat (bis zu einer Therapiedauer von maximal 120 Tagen nach Entlassung aus der Einrichtung).

Der vorliegende Versicherungsschutz gilt sowohl für Leistungen, die vom nationalen Gesundheitswesen (S.S.N.) erbracht wurden, als auch für Leistungen, welche in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von Fachärzten erbracht wurden (auch als freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeiten im Krankenhaus - Intramoenia).

Für die Deckung von Leistungen vor/nach einem Krankenhausaufenthalt stehen jährlich 600,00 Euro je Haushalt zur Verfügung.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen
- Entlassungsbrief des Krankenhauses (für Krankenhausaufenthalte unter 3 Tage)
- Vollständige Krankengeschichte (für Krankenhausaufenthalte über 3 Tage)
- Protokoll der Notaufnahme (falls vorhanden)

B. AMBULATORISCHE BEHANDLUNGEN IM ÖFFENTLICHEN BEREICH (SSN – SNP)

Leistungen von Gesundheitseinrichtungen des nationalen bzw. Landesgesundheitsdienstes oder vertragsgebundener Einrichtungen

Bei fachärztlichen ambulatorischen Leistungen (einschließlich Day Service, Erste Hilfe, ambulatorische Chirurgie, Zahnheilkunde, ...) von Gesundheitseinrichtungen des nationalen bzw. Landesgesundheitsdienstes oder vertragsgebundener Einrichtungen werden sämtliche Tickets erstattet.

Dabei genügt es, den Zahlungsbeleg des Tickets vorzuweisen. Es ist keine Fotokopie der Verschreibung in Papierform oder elektronischer Form erforderlich. Mit Untersuchung bzw. Leistung sind alle fachärztlichen ambulatorischen Leistungen des Landes- oder Regionaltarifverzeichnisses laut einheitlichen Mindestbetreuungsstandards gemeint. Für Behandlungen durch den Erste-Hilfe-Dienst ist der Zahlungsbeleg des Tickets ausreichend. Es ist nicht nötig, eine Kopie des Protokolls der Notaufnahme einzureichen.

Die Liste der in Südtirol vertragsgebundenen privaten Gesundheitseinrichtungen wird ständig aktualisiert und ist unter folgendem Link des Südtiroler Sanitätsbetriebs abrufbar: <https://home.sabes.it/de/transparente-verwaltung/private-akkreditierte-vertragsgebundene-gesundheitseinrichtungen.asp>

Die Entschädigungssumme pro Jahr ist unbegrenzt.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Tickets der Aufwendungen (bei Behandlung in der Ersten Hilfe ist es nicht notwendig das Protokoll der Notaufnahme beizulegen)

C. AMBULATORISCHE BEHANDLUNGEN IM PRIVATEN BEREICH:

Leistungen von Gesundheitseinrichtungen des nationalen bzw. Landesgesundheitsdienstes oder vertragsgebundener Einrichtungen
(einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

C.1. AMBULATORISCHE BEHANDLUNGEN IM PRIVATEN BEREICH

C.1 Private fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt (einschließlich jener Leistungen, welche von Ärzten als freiberufliche innerbetriebliche Tätigkeit im Krankenhaus erbracht werden), mit Ausnahme psychologischer und psychiatrischer Leistungen

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der getragenen Kosten für jene Facharzt-Visiten vor, welche im Landestarifverzeichnis für ambulante Facharztleistungen des Landes Südtirol angeführt sind.

Es sind immer eine ärztliche Verschreibung mit Angabe der vermutlichen oder schon festgestellten Pathologie sowie der entsprechende Kostennachweis (Rechnungen oder Belege) erforderlich.

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten im Ausmaß von 60% je Rechnung/Beleg.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für alle unter diesen Punkt behandelten Leistungen beträgt 700,00 Euro je Haushalt.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen
- Ärztliche Verschreibung oder Befund mit Angabe der Krankheit/Diagnose

C.2 Ambulatorische Chirurgie im privaten Bereich

(einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der getragenen Kosten für ambulatorische Eingriffe vor.

Unter ambulatorischer Chirurgie sind jene medizinischen Behandlungen zu verstehen, die -alternativ zum Day Surgery- im Rahmen chirurgischer Eingriffe, diagnostischer und/oder therapeutisch invasiver und halbinvasiver Eingriffe durchgeführt werden. Diese Behandlungen können unter Anwendung einer Anästhesie vorgenommen werden, machen jedoch keinen Krankenhausaufenthalt erforderlich. Der Patient wird bei Notwendigkeit nach

dem Eingriff für einen kurzen Zeitraum beobachtet und anschließend, falls erforderlich in Begleitung, nach Hause entlassen.

Unter die ambulatorische Chirurgie fallen beispielsweise: Eingriffe bei venösen Pathologien, Eingriffe an der Hand (Schnappfinger, Karpaltunnelsyndrom, Morbus Dupuytren, ...), am Fuß (Hallux valgus, Morton-Neurom) oder am Knie (Arthroskopie). Diese Aufzählung dient nur der beispielhaften Erläuterung ohne Anspruch auf Vollständigkeit oder Ausschließlichkeit.

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der vom Versicherten getragenen Kosten für ambulatorischen Operationen vor, mit Anwendung eines ungedeckten Betrages (nicht erstattungsfähiger Mindestbetrag) von € 250,00.

Die Entschädigungssumme für diese Leistung beträgt € 1.000,00 für eine einmalige Leistung pro Jahr und Haushalt.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen
- Arztbericht mit Angabe der Krankheit und Angabe der erbrachten Leistungen mit eventuellem histologischem Befund (falls durchgeführt)

C.3 Bildgebende Diagnostikleistungen, Laborleistungen und therapeutische Leistungen von privaten Gesundheitseinrichtungen ohne Krankenhausaufenthalt (einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

C.3.1 Instrumentale Diagnostikleistung ohne Krankenhausaufenthalt

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der getragenen Kosten (Belege oder Rechnungen von Fachärzten, privaten Gesundheitseinrichtungen oder für freiberufliche Tätigkeiten im Krankenhaus) für sämtliche im geltenden Südtiroler Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulatorische Leistungen (<https://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheits/gesundheitspersonal/tarife-ambulathorische-leistungen.asp>) angeführten instrumentalen Diagnostikleistungen ohne Krankenhausaufenthalt vor.

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten im Ausmaß von 60% je Rechnung/Beleg.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen
- Ärztliche Anordnung oder Befund mit Angabe der Krankheit/Diagnose

C.3.2 Diagnostische Laboruntersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der getragenen Kosten (Ticket, Belege oder Rechnungen von Fachärzten,

privaten Gesundheitseinrichtungen oder für freiberufliche Tätigkeiten im Krankenhaus) für sämtliche im geltenden Südtiroler Landestarifverzeichnis für fachärztliche ambulatorische Leistungen (<https://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheit/gesundheitspersonal/tarife-ambulathorische-leistungen.asp>) angeführten instrumentalen Diagnostikleistungen ohne Krankenhausaufenthalt vor.

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten im Ausmaß von 60% je Rechnung/Beleg.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen
- Ärztliche Anordnung oder Befund mit Angabe der Krankheit/Diagnose

C.3.3 Therapeutische Leistungen ohne Krankenhausaufenthalt

Der Gesundheitsplan sieht die Zahlung der getragenen Kosten (Belege oder Rechnungen von Fachärzten, privaten nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder für freiberufliche Tätigkeiten im Krankenhaus) für alle nachstehend angeführten therapeutischen Leistungen vor:

- Schmerztherapie (Infiltrationen unterschiedlicher Art wie Gelenkinfiltrationen usw., einschließlich der Kosten für das Medikament sowie Mesotherapie)
- Diagnostisch-therapeutische Leistungen bei Unfruchtbarkeit
- Komplementärmedizinische Leistungen

Bei Leistungen einer privaten Gesundheitseinrichtung oder eines Facharztes ist für die Aktivierung des Versicherungsschutzes eine ärztliche Verschreibung mit dem diagnostischen Verdachtsfall oder der Pathologie erforderlich.

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten im Ausmaß von 60% je Rechnung/Beleg.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen
- Ärztliche Anordnung oder Befund mit Angabe der Krankheit/Diagnose

Der jährlich erstattbare Höchstbetrag für alle Diagnostikleistungen, Laborleistungen und therapeutischen Leistungen (C.3.1, C.3.2 und C.3.3) beträgt 1.000,00 Euro je Haushalt.

C.4 Physiotherapie, ambulatorische Rehabilitation (einschließlich damit zusammenhängender Leistungen) und Thermalkuren (einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

Es werden jene Ausgaben erstattet, welche von den Versicherten für physiotherapeutische und rehabilitierende Leistungen getragen wurden. Dazu muss die ärztliche Verschreibung bzw. der Merkzettel für die elektronische Verschreibung für die vermutliche oder die bereits festgestellte Pathologie vorgelegt werden:

- Schlaganfall
- chronische Herzerkrankungen (z.B. Herzinsuffizienz)
- Akuter Myokardinfarkt
- Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)
- Multiple Sklerose
- Parkinson-Krankheit
- Demenz (Alzheimer)
- Postoperative Behandlungen, die 120 Tage nach Entlassung aus der Gesundheitseinrichtung in Anspruch genommen werden und unter Punkt „A.1 Krankenhausaufenthalt“ angeführt sind.
- Erkrankungen des Bewegungsapparats
 - Fuß: Klumpfuß; Kalkaneussporn; Sichelfuß; Hohlfuß; Spitzfuß; Fallfuß; Knicksenkfuß mit Diastase der Zwischenräume zwischen den Knöchelköpfen im Kindesalter; Plattknickfuß des Erwachsenen; Plattfuß; Hallux valgus; Hammerzehe/Krallenzehe; Fünfte Zehe gespreizt hyperadduziert;
 - Knie: Kniescheibenluxation; Kniescheibenchondropathie; Meniskusverletzungen; Bandverletzungen des Knies; Baker-Zysten/Poplitealzyste; Osteochondrosis dissecans; Valgus-/Varusstellung des Knies; Hohlknie; Kniegelenksarthrose;
 - Hüfte: Periarthropathie des Hüftgelenkes (Syndrom des Schenkelbindenspanners); Coxa saltans (schnappende Hüfte); Dysplasie und angeborene Luxation der Hüfte; Morbus Perthes; Epiphysenlösung des Femurkopfs; angeborene Coxa vara; Hüftarthrose; Hüftkopfnekrose des Erwachsenen;
 - Hand: Enchondrom; Ganglien; Mondbeinerkrankung; Sattelgelenkarthrose; Pseudoarthrose des Kahnbeins; Syndaktylie; Sehnenrisse, Enteropathien, Tendomyopathien; Tendovaginitis de Quervain
 - Schnappfinger; Schnappdaumen; Karpaltunnelsyndrom; Morbus Dupuytren
 - Ellenbogen: Ellenbogen valgus/varus; Ellenbogenarthrose; Ellenbogenschleimbeutelentzündung; Ellenbogenluxation; Epicondylitis
 - Schulter: Degenerative Schultergürtelkrankheiten; Sehnenverkalkung, Bursitis subacromialis; Thoracic-outlet-Syndrom; posttraumatische Schulterluxation; Habituelle Schulterluxation; Ruptur der Rotatorenmanschette; Schultergürtelarthrose;
 - Wirbelsäule: Flachrücken, Rundrücken, Hohlrundrücken; Skoliose; Degenerative Erkrankungen der Lendenwirbelsäule; Lumbalgien; Dorsalgien; HWS-Syndrom; Bandscheibenvorfall; Gelenksperre; Scheuermann-Krankheit; Spondylose, Spondylolisthesis; Osteoporose; Osteomalazie; Tumoren an der Wirbelsäule
 - Myopathien: Progressive Muskeldystrophie; entzündliche Myopathien; Myasthenie; Myotonien
- Rheumatologische Erkrankungen:
 - Chronische Polyarthrititis oder rheumatoide Arthritis;
 - Morbus Bechterew
 -

- Chronische bronchopulmonale Erkrankungen:
 - obstruktive Lungenerkrankungen;
 - restriktive Lungenerkrankungen;
 - Lungenembolie;
 - Lungenentzündung;
 - Bronchialasthma;
- Schwere Verletzungen infolge von Unfällen außerhalb der Arbeitszeit, die zu einem Invaliditätsgrad von über 40% führen.

Ebenfalls vom Versicherungsschutz gedeckt sind Leistungen im Zusammenhang mit Physiotherapie bzw. Rehabilitation sowie der Behandlung der Krankheit.

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten im Ausmaß von 60% je Rechnung/Beleg.

Sind Thermalkuren erforderlich, werden die entsprechenden Kosten wie folgt ausbezahlt:

- Erstattung der getragenen Kosten für in privaten, nicht vertragsgebundenen Gesundheitseinrichtungen oder von nicht vertragsgebundenen Personen erbrachte Leistungen im Ausmaß von 50% je Rechnung/Beleg.
- Die Leistungen sind auszahlbar, wenn sie von einem Arzt verschrieben werden. Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Leistungen in Fitnessstudios, Fitnessclubs, Schönheitszentren, Gesundheitshotels, Hotels, Wellnesszentren.

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für den unter den Punkt C.4. behandelten Versicherungsschutz beträgt insgesamt 800,00 Euro je Haushalt.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen
- Protokoll der Notaufnahme (falls vorhanden)
- Ärztliche Anordnung oder Befund mit Angabe der Krankheit/Diagnose
- Angabe der medizinischen Ausbildung des Therapeuten, welcher die physiotherapeutischen Leistungen erbracht hat (physiotherapeutische Fachausbildung muss belegt sein)
- Aus der Rechnung muss die Anzahl der in Anspruch genommenen Behandlungseinheiten und das jeweilige Datum derselben hervorgehen.

C.5 Augenheilkunde (einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit im Krankenhaus)

C.5.1 Augenärztliche Visiten und Linsen (für Brillen/Kontaktlinsen)

Alle zwei Jahre werden dem/der Versicherten die für Brillengläser getragenen Kosten bis zu 150,00 Euro je Haushalt erstattet/ausbezahlt, sofern eine Veränderung der Sichtstärke vorliegt und belegt ist.

Für die Aktivierung ist die entsprechende Rechnung eines Optikers oder eines Augenarztes bzw. eines Augenarztes/Optometristsen vorzuweisen.

Für Versicherte, die Kontaktlinsen verwenden, werden die getragenen Kosten jährlich bis zu einem Höchstbetrag von 50 Euro erstattet.

Für augenärztliche Visiten gelten die Rückerstattungen gemäß Punkt C.1 für private fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt und Punkt B für ambulatorische Behandlungen im öffentlichen Bereich.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Kostenbelege des Augenarztes oder Optikers/Optometristsen. In der Rechnung/Zahlungsbeleg ist der Preis der Brillengläser und der Fassung separat anzuführen. Aus den Unterlagen muss hervorgehen, dass es sich um eine Sehbrille handelt bzw. es muss die Sichtstärke angeführt sein.

C.5.2 Refraktive Chirurgie

Sollte sich der/die Versicherte einem Eingriff der refraktiven Chirurgie zur Korrektur von dokumentierten Fehlsichtigkeiten (Kurzichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit und Presbyopie), Visus (höher oder gleich) ≥ 2 , unterziehen, sieht der Plan die Erstattung von höchstens 750,00 Euro je Auge vor.

Der Versicherungsschutz greift für einen Eingriff je Haushalt alle zwei Jahre.

Im Rahmen der oben genannten höchsten Entschädigungssumme werden die von dem/der Versicherten getragenen Kosten zu 75% der entsprechenden Rechnung/des Zahlungsbelegs erstattet.

Ab Datum des Eingriffs schließt der Versicherungsplan die Erstattung der unter Punkt C.5.1 angeführten Leistungen aus.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen, Honorarnoten, Quittungen, Tickets der Aufwendungen: aus den Unterlagen muss eindeutig hervorgehen, dass es sich um refraktive Chirurgie handelt; weiters muss die Art der Fehlsichtigkeit angeführt werden
- Vom behandelnden Augenarzt ausgestelltes Dokument, aus dem die Sehstärke vor und nach dem Eingriff hervorgeht (höher oder gleich 2)

C.6 Zahnmedizin: Leistungen im Privatbereich (einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit im Krankenhaus)

Für zahnärztliche Leistungen steht dem/der Versicherten die höchstmögliche Erstattung im Wert des nachstehend angeführten Tarifverzeichnisses zu

C.6.1. Vorbeugende zahnärztliche Visite

MUNDHYGIENE UND PARODONTITISBEHANDLUNG		
* Die Tiefenreinigung der Zahnwurzeln kann einmal im Jahr gewährt werden, es sei denn sie dient als Vorbereitung für eine chirurgische Parodontitisbehandlung. Es werden keine weiteren Parodontitisbehandlungen am selben Zahn anerkannt, falls seit der Ausbezahlung des vorhergehenden Beitrags nicht mindestens ein Jahr vergangen ist. ** Der Tarif wird nicht pro Element verrechnet, sondern bezieht sich auf die Gesamtleistung laut Leistungsordnung.	Höchste Entschädigungssumme	Häufigkeit der Auszahlung
Entfernung des Zahnbelags	35,00	1 Mal jährlich
Untersuchung der Mundhöhle	35,00	1 Mal jährlich
Tiefenreinigung der Zahnwurzeln und/oder Kürettage (für 6 Zähne)*	40,00	1 Mal jährlich
Schienung, je Zahn	25,00	1 Mal jährlich
Regenerative Chirurgie einschließlich allogenen Knochen und/oder Membran – für 6 Zähne**	200,00	1 Mal jährlich
Resektive Chirurgie, je Bogen (einschließlich jeder Art von Lappen und Naht)	200,00	1 Mal jährlich
Mukogingivale Chirurgie für 1 oder mehrere Zähne und/oder Vestibulumplastik, je Bogen (einschließlich Lappen und Nähte)	200,00	1 Mal jährlich
Lappen oder Stift (frei oder gestielt), einschließlich Naht und Narkose	60,00	1 Mal jährlich

DIAGNOSE	Höchste Entschädigungssumme	Häufigkeit der Auszahlung
Intraorales Röntgenbild	15,00	1 Mal jährlich
Orthopantomogramm	40,00	zweijährlich
CBCT	90,00	zweijährlich

ZAHNERHALTUNG	
Falls für ein Zahnelement ein Beitrag für erhaltende und/oder endodontologische Eingriffe ausbezahlt wurde, können für dasselbe Element keine weiteren Beiträge für erhaltende und/oder endodontologische Eingriffe ausbezahlt werden, sofern nicht mindestens zwei Jahre seit dem Datum der ersten Rechnungslegung für die ersten Beiträge vergangen sind.	Höchste Entschädigungssumme
Kavität der Klasse 5 nach BLACK	50,00
Kavität der Klasse 1 nach BLACK	50,00
Kavität der Klasse 2 nach BLACK	70,00
Kavität der Klasse 3 nach BLACK	70,00

Kavität der Klasse 4 nach BLACK	70,00
Zahnrekonstruktion mit Schraube oder Stift – je Element	60,00
Wurzelbehandlung (ein Wurzelkanal, inklusive Röntgenbild)	75,00
Wurzelbehandlung (zwei Wurzelkanäle, inklusive Röntgenbild)	85,00
Wurzelbehandlung (drei oder mehr Wurzelkanäle, inklusive Röntgenbild)	100,00
Revision einer Wurzelbehandlung	150,00

Die jährliche Verfügbarkeit für die unter Punkt C.6.1 behandelten Versicherungsleistungen ist unbegrenzt.

C.6.2. Zahnärztlich chirurgische Leistungen

CHIRURGIE	Höchste Entschädigungs- summe
Zahn- oder Wurzelextraktion	50,00
Zahnextraktion unter Narkose, je Zahn	80,00
Extraktion eines/r vollständig vom Knochen umschlossenen Zahns/Wurzel	90,00
Milchzahnextraktion	15,00

IMPLANTOLOGIE	
Der Preis wird je Element berechnet. Die ausbezahlten Beiträge umfassen: einen vorbereitenden Eingriff, einen individuellen Abdrucklöffel, einen Gebissabdruck, einen provisorischen Aufbau, einen zweiten Eingriff, das Positionieren des Implantataufbaus, den endgültigen Aufbau, eine provisorische Zahnkrone auf dem Implantat. Damit der Beitrag ausbezahlt werden kann, müssen mindestens 5 Jahre ab der letzten vorhergehenden implantologischen Behandlung desselben Elements vergangen sein.	Höchste Entschädigungssu- mme
Implantat mit Osseointegration (jeglicher Art) je Element	750,00
Sinusbodenelevation	350,00
Horizontale/vertikale Erweiterung des Kieferkammes (jegliche Technik, Gesamtbehandlung) – je Quadrant	350,00
Intraorale Entnahme von Knochen für die autologe Transplantation und Einführung und/oder Einbringung von Aufbaumaterial – ambulatorischer Eingriff – je Quadrant	50,00
Mini-Implantate inklusive Präzisionsverankerung	400,00

C.6.3 Zahnärztliche Behandlung

Für zahnärztliche Leistungen steht dem/der Versicherten die höchstmögliche Erstattung im Wert des nachstehend angeführten Tarifverzeichnisses zu.

PROTHETIK	Höchste Entschädigungs- summe infolge Unfalls	Höchste Entschädigungs- summe (ohne Unfall)
Endgültige Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	225,00	150,00
Provisorische abnehmbare Teilprothese (bis zu 4 Zähnen, einschließlich Haken und Elemente)	225,00	80,00

Abnehmbare Totalprothese je Kieferbogen, mit Kunstharz- oder Keramikzähnen	625,00	300,00
Totalprothese (je Kieferbogen)	250,00	100,00
Einzelne Semipräzisions-/Präzisionsverankerung aus LNP	75,00	50,00
Skelettiergerät (Struktur aus LNP oder LP, inklusive Elemente – je Bogen)	650,00	300,00
Reparatur abnehmbarer Prothesen	25,00	25,00
Prothetische Krone aus LNP und Keramik	225,00	150,00
Prothetische Krone aus LP und Vollkeramik oder monolithische oder verblendete Zirkonkrone	250,00	100,00
Einfache provisorische prothetische Krone aus Kunstharz	37,50	25,00
Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion	70,00	50,00
Reparatur von Prothesen	25,00	25,00
Einfügen eines Elements auf Teilprothese oder Skelettiergerüst	25,00	25,00
Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element)	75,00	75,00
Verblendkrone aus LP oder LP mit Kunstharz-Veneer oder LP mit gefrästem Kunstharz-Veneer (je Element)	200,00	130,00
Provisorische Krone (LNP oder LP – je Element)	62,50	40,00
Provisorische Krone aus Kunstharz – indirekt gefertigt (je Element)	60,00	40,00
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element)	47,50	40,00
Entfernung von Kronen oder Wurzelstiften (je Pfeiler oder Stift); trifft nicht für Brückenzwischenglieder zu	15,00	15,00
Perio-Overdenture je Bogen, ausgenommen Stifte	625,00	300,00
Teleskopkrone je Element	225,00	150,00

Für die Aktivierung des Versicherungsschutzes infolge von Unfall ist neben den Zahlungsbelegen ein Erste-Hilfe-Protokoll vorzulegen.

Die jährliche Verfügbarkeit für die unter den Punkten C.6.2 und C.6.3 behandelten Versicherungsleistungen beträgt insgesamt 2.000,00 Euro je Haushalt.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen auch Akontorechnungen oder Zahlungsbelege der Aufwendungen mit Stempelmarke (fall vorgesehen).

C.8 Geschlechterspezifische Behandlungen

(nur für den/die Versicherungsnehmer/in gültiger Versicherungsschutz; einschließlich der Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

C.8.1 Gynäkologie: Leistungen im Privatbereich (einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

Die nachstehend angeführten Leistungen werden einmal jährlich ohne Anwendung von Selbstbehalten bzw. Freibeträgen zu Lasten des Versicherten ausgezahlt (auch wenn nicht zeitgleich vorgenommen oder einzeln durchgeführt):

- a) Gynäkologische Untersuchung
- b) Vaginaler Zervixzytologieabstrich [Pap-Test] bzw. HPV-DNA-Test
- c) Gynäkologische oder transvaginale Routine-Ultraschalluntersuchung, ausgenommen während der Schwangerschaft

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen, aus welchen hervorgeht, dass die erbrachten Leistungen aus Gründen der medizinischen Vorsorge durchgeführt wurden

C.8.2 Brustkrebsvorsorge für Arbeitnehmerinnen im Alter zwischen 40 – 50 Jahren: (einschließlich der Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

Für Versicherte im Alter von 40 – 50 Jahren ist alle drei Jahre die Erstattung der getragenen Kosten für die Mammographie und den Ultraschall der Brust vorgesehen. Der Versicherungsschutz ist nur für die Versicherungsnehmerin gültig.

Der Gesundheitsplan erkennt die getragenen Kosten des Gesundheitsdiensts an, wie sie unter Punkt B AMULATORISCHE BEHANDLUNGEN IM ÖFFENTLICHEN BEREICH angeführt sind.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen, aus welchen hervorgeht, dass die erbrachten Leistungen aus Gründen der medizinischen Vorsorge durchgeführt wurden

C.8.3 Vorsorge und Behandlung von Krebserkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane ab dem 45. Lebensjahr (einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

Ab dem 45. Lebensjahr ist die jährliche Erstattung der getragenen Kosten für eine oder mehrere der nachfolgend angeführten Leistungen vorgesehen:

- a) Fachärztliche urologische Untersuchung

- b) Ultraschalluntersuchung des Genitaltraktes
- c) Zystoskopie
- d) Flowmetrie
- e) PSA

Es gelten die nachstehenden Erstattungsmodalitäten:

Die Leistungen unter Punkt a) und e) werden zu 100% ausbezahlt, ohne ungedeckte Beträge bzw. Freibetrag zu Lasten des Versicherten.

Die Leistungen unter b), c) und d) werden bis auf einen Freibetrag zu Lasten des Versicherten in Höhe von 20,00 Euro je Rechnung/Beleg erstattet.

Zudem werden die von Patienten mit Prostatahypertrophie für Medikamente getragenen Kosten erstattet. Vorzulegen sind lediglich der Kassenbon der Apotheke sowie die Krankenhausunterlagen, welche die Prostatahypertrophie bestätigen.

Unterzieht sich der Versicherte einem zahlungspflichtigen chirurgischen Eingriff an der Prostata zur Behebung sowohl gutartiger als auch bösartiger Beschwerden, werden ihm 60% der entsprechenden Rechnungen/Belege für den Eingriff erstattet. Dasselbe gilt auch, falls der Eingriff in Gesundheitseinrichtungen bzw. von Fachärzten anderer Provinzen durchgeführt wurde.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen

C.8.4 Andrologische Vorsorgeuntersuchungen: (einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

Im Abstand von drei Jahren werden dem Versicherten die getragenen Kosten für eine andrologische Untersuchung zurückerstattet.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen

C.8.5 Mutterschaftsbegleitung: (einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten des Gesundheitsdiensts wie unter Punkt B AMULATORISCHE BEHANDLUNGEN IM ÖFFENTLICHEN BEREICH angeführt.

Werden die Leistungen von Fachärzten oder privaten Gesundheitseinrichtungen erbracht, werden die aufgrund der Schwangerschaft getragenen Kosten im Ausmaß von 60% je Rechnung/Beleg für eine oder mehrere der nachfolgend angeführten Leistungen erstattet:

- a) Gynäkologische Schwangerschaftskontrolle (max. 5 Untersuchungen)
- b) Geburtsvorsorge-Kontrollen
- c) Ultraschall (max. 4 Untersuchungen)
- d) Laborauswertungen und diagnostische Untersuchungen, einschließlich invasive Pränataldiagnostik wie Amniozentese, Chorionzottenbiopsie sowie andere gynäkologische/geburtshilfreiche Untersuchungen für sämtliche im geltenden Landestarifverzeichnis vorgesehene Leistungen
- e) Genetische Tests

Zusätzlich erstattet der Gesundheitsplan der getragenen Kosten in Höhe von 60% für Ausgaben nach der Geburt: Rückbildungsgymnastik im Wochenbett

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Anwendungen
- Schwangerschaftsbestätigung

Der jährlich versicherte Höchstbetrag für alle unter Punkt C.8 behandelten Leistungen beträgt 4.000,00 Euro und gilt nur für den/die Versicherungsnehmer/in.

C.9 Vorsorgeuntersuchungen und Behandlung von Hauttumoren für Arbeitnehmer/innen im Alter von 35 – 65 Jahren und Behandlung von Hauterkrankungen wie Schuppenflechte und atopischem Ekzem (nur für den/die Versicherungsnehmer/in gültiger Versicherungsschutz; einschließlich Leistungen in freiberuflicher innerbetrieblicher Tätigkeit)

Für Versicherte im Alter zwischen 35 und 65 ist alle zwei Jahre die Erstattung der getragenen Kosten für eine hautärztliche Untersuchung vorgesehen.

Es werden 60% der Rechnung/des Belegs erstattet.

Für Patienten mit mittelschwerer/schwerer Schuppenflechte (PASI $\geq$ 10) und bei schwerem, atopischem Ekzem ist, ohne Beschränkung auf das Alter, Folgendes vorgesehen:

- Teilerstattung von Hotelkosten bei Thermalkuren (für einen Betrag von 40 Euro pro Tag für max. 7 Tage)
- die Erstattung der Spesen für Fototherapien (PUVA und Bade-PUVA) zu 100%, ohne ungedeckte Beträge bzw. ohne Freibeträge zu Lasten des Versicherten

Die jährliche Verfügbarkeit für diesen Versicherungsschutz beträgt 1.000,00 Euro.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)

- Bezahlte Rechnungen oder Tickets der Aufwendungen, aus welchen hervorgeht, dass die erbrachten Leistungen aus Gründen der medizinischen Vorsorge durchgeführt wurden

D. MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN / - GERÄTE

D.1 Orthopädische Prothesen und Hörgeräte

Es werden die Kosten für den Kauf oder die Anleihe orthopädischer Prothesen und Hörgeräte gegen Vorlage der ärztlichen Verschreibung rückerstattet.

Die Kosten für den Kauf oder die Anleihe orthopädischer Prothesen ohne ärztliche Verschreibung werden im Ausmaß von 60% je Rechnung/Beleg zurückerstattet.

Ferner ist bei dokumentiertem klinischem Bedarf zu den oben genannten Bedingungen ein Beitrag für den Erwerb einer der nachstehenden medizinischen Einrichtungen vorgesehen:

- Korsett C35 - Stabkorsett - Donjoy-Knieorthese.

Für diesen Versicherungsschutz stehen jährlich 1.000,00 Euro je Haushalt zur Verfügung.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets
- medizinischer Bericht mit Verschreibung der benötigten Vorrichtungen unter Angabe der Krankheit

D.2 Medizinische Einrichtungen für chronische Krankheiten (Diabetes)

Die Kosten für den Kauf innovativer Systeme (Anzeigegeräte und Sensoren) zur kontinuierlichen Glukosemessung, die derzeit noch nicht vom Sanitätsbetrieb der Provinz rückvergütet werden, werden zu 80% erstattet.

Die jährliche Verfügbarkeit für diesen Versicherungsschutz beträgt 300,00 Euro je Haushalt.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Bezahlte Rechnungen oder Tickets
- Arztbericht mit Verschreibung der benötigten Hilfsmittel und Angabe der Krankheit

E. GRENZÜBERSCHREITENDE GESUNDHEITSVERSORGUNG

E.1 Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung

In Anwendung der europäischen Richtlinie 2011/24/EU über das Recht von Patienten auf grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung trägt der Südtiroler Sanitätsbetrieb einen Teil der Kosten für die Gesundheitsleistungen, die innerhalb der EU-Staaten sowie Liechtenstein, Island und Norwegen in Anspruch genommen werden.

Der Versicherungsschutz deckt die Differenz zwischen den für die im Ausland getragenen Kosten und den von der Provinzbehörde erstatteten Betrag.

Es ist folgende Dokumentation erforderlich: Krankenkassennachweis mit dem erstatteten Wert und Belege zu den entsprechenden, im Ausland getragenen Kosten.

E.2 Indirekte Gesundheitsversorgung

Bürger/Bürgerinnen mit Wohnsitz in der Provinz Bozen, welche Länder außerhalb der EU bereisen, mit denen kein bilaterales Abkommen für die medizinische Versorgung abgeschlossen wurde (http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Assistenza%20sanitaria&menu=paesi), haben das Recht auf Rückerstattung der entstanden Kosten und können beim Gesundheitsdienst der Autonomen Provinz Bozen einen entsprechenden Antrag auf Rückerstattung stellen.

Der Versicherungsschutz deckt die Differenz zwischen den für die im Ausland getragenen Kosten und den von der Provinzbehörde erstatteten Betrag.

Es ist folgende Dokumentation erforderlich: Krankenkassennachweis mit dem erstatteten Wert und Belege zu den entsprechenden, im Ausland getragenen Kosten.

F. PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT

(nur für den/die Versicherungsnehmer/in gültiger Versicherungsschutz)

Befindet sich der/die Versicherte in einem Zustand der Abhängigkeit, so gewährleistet die Gesellschaft die Erbringung von Pflegeleistungen in einem Wert, welcher der dem/der Versicherten monatlich garantierten Summe entspricht.

Damit dieser Versicherungsschutz greift, dürfen für die versicherten Personen die nachstehenden Nichtversicherbarkeitsbedingungen nicht zutreffen:

1. die Notwendigkeit der Unterstützung Dritter für das Durchführen einer oder mehrerer der nachstehend aufgezählten Handlungen des gewöhnlichen Lebens ab dem 01. August 2019:
 - a) sich fortbewegen;

- b) sich waschen;
 - c) sich kleiden;
 - d) sich ernähren.
2. Anspruch auf bzw. Beantragung von mindesten 40% Zivilinvalidität, oder zu 40% anerkannte Zivilinvalidität
 3. bei Alzheimer-, Parkinson- und parkinsonschen Krankheiten wie multiple Sklerose, amyotrophe Lateralsklerose, Demenzerkrankungen infolge von akuter und chronischer Gefäßerkrankungen oder infolge von Diabetes mit neuropathischen bzw. angiopathischen Komplikationen oder aufgrund von nur durch Einnahme von mindestens 3 Arzneimitteln kontrollierbarer oder unkontrollierter arterieller Hypertonie (darunter versteht man jene besonderen Hypertonieformen, die trotz Einnahme hypertensiver Arzneimittel besonders hohe Blutdruckwerte aufweisen und auf die nicht klinisch eingegriffen werden kann);

Drogenabhängigkeit, Arzneimittelsucht, Alkoholismus, HIV, chronische Hepatitis.

Der/die Versicherte gilt als pflegebedürftig, wenn sein/ihr Gesundheitszustand nicht als stabil gilt und er/sie vorübergehend körperlich nicht in der Lage ist, mindestens drei der vier nachstehenden Tätigkeiten des täglichen Lebens alleine durchzuführen:

- 1) persönlichen Hygiene (die Fähigkeit, ein Maß an persönlicher Hygiene im Rahmen der alltäglichen Lebensgewohnheiten zu erfüllen: d.h. die oberen und unteren Körperteile zu waschen);
- 2) sich ernähren (die Fähigkeit, bereits gekochte und zur Verfügung gestellte Nahrung aufzunehmen, d.h. in der Lage zu sein, das Essen in den Mund zu führen und zu schlucken);
- 3) sich bewegen (die Fähigkeit, sich innerhalb seiner/ihrer Wohnung von Raum zu Raum zu bewegen, auch unter Zuhilfenahme jedweder Mittel);
- 4) sich kleiden (die Fähigkeit sich die eigenen Kleider an- und auszuziehen, einschließlich der üblicherweise verwendeten Prothesen);

und wenn er/sie vorübergehend, aber ständig Folgendes benötigt:

- 5) die Unterstützung einer dritten Person für die häusliche Pflege;
- 6) die stationäre Obhut eines Arztes oder von Pflegepersonal.

Der Versicherungsschutz berücksichtigt keine Ereignisse/Unfälle, die einen Zustand ständiger Pflegebedürftigkeit hervorrufen.

Die monatlich garantierte Summe beträgt 500,00 Euro für höchstens 3 Jahre.

Greifen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt ausschließlich für die bei SANI-FONDS eingeschriebenen Angestellten, auch falls diese ihre Anstellung durch vorübergehende Pflegebedürftigkeit, wie sie im vorliegenden Dokument beschrieben wird, verloren haben sollten, sofern der Versicherungsschutz beim Ansuchen um die entsprechende Leistung noch bestand.

Notwendige Unterlagen:

- Vollständig ausgefüllter Antrag um Rückerstattung (>>Formular: Antrag auf Erstattung der Krankenversicherungskosten)
- Vom behandelnden Arzt ausgefüllter und unterschriebener LTC-Vordruck (<< Formular: LTC), dem die im Vordruck angeführten Unterlagen beizulegen sind

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

1. Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden

2. Keinerlei Wartezeiten.

3. Die Versicherungsdeckung hat eine zweijährige Laufzeit von 00.00 Uhr des 01. August 2019 bis 00.00 Uhr des 01. August 2021 für alle von den Unternehmen bzw. Organisatoren beim Fonds angemeldeten Arbeitnehmer. Sani-Fonds kann eine Verlängerung des Versicherungsschutzes um weitere zwei Jahre beantragen, und zwar von 00.00 Uhr des 1. August 2021 bis 00.00 Uhr des 01. August 2023, indem der Versicherungsgesellschaft mindestens 180 Tage vor dem natürlichen Vertragsende eine entsprechende schriftliche Mitteilung übermittelt wird.

4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich bei Krankheit und Unfall nicht nur auf die EU-Länder, sondern auf die ganze Welt, um dem/der Versicherten den vollen Zugang zu den verfügbaren Kompetenzzentren zu ermöglichen.

5. Hiervon ausgenommen sind:

- i. auf Selbstmordversuche, eigene kriminelle Handlungen bzw. Selbstschädigung zurückzuführende Unfälle;
- ii. auf Alkoholismus, Missbrauch von Psychopharmaka und die Einnahme von Drogen (außer zu therapeutischen Zwecken) oder Halluzinogenen zurückzuführende Krankheiten und Vergiftungen;
- iii. folgende Sportunfälle: Flug-, Motorrad-, Automobilsportarten, Freeclimbing, sowie Teilnahme an entsprechenden Wettrennen oder Trainings offizieller oder inoffizieller Art;
- iv. Unfälle bei professionellen Sportveranstaltungen und entsprechenden Trainings;
- v. Folgen von Kriegseignissen, Aufständen, Unruhen, Aggressionen oder Gewalttaten mit politischem oder sozialem Hintergrund, an denen der/die Versicherte freiwillig teilgenommen hat, sowie jeder Art von Terrorakt;
- vi. direkte oder indirekte Folgen von nuklearer Kontamination, Atomkernumwandlung sowie Strahlungen durch das künstliche Beschleunigen atomarer Teilchen, außer zu therapeutischen Zwecken;
- vii. Folgen von Vulkanausbrüchen, Überschwemmungen und Seebeben;
- viii. Behandlungen und Eingriffe, welche aufgrund von Unfällen oder Krankheiten oder durch darauffolgende Komplikationen verursacht wurden und gemäß Versicherungspolice nicht entschädigungspflichtig sind;
- ix. psychiatrische und psychologische Leistungen, welche von Gesundheitseinrichtungen oder privaten Fachärzten erbracht werden.
- x. Ergotherapeutische Behandlungen, welche nicht im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt stehen;
- xi. Kontrolluntersuchungen, die bei fehlender Pathologie durchgeführt werden;
- xii. Vorsorgeuntersuchungen, die nicht ausdrücklich in diesem Dokument angeführt sind;

- xiii. fachärztliche Untersuchungen, die von Personen durchgeführt werden, die nicht im Besitz eines Universitätsabschlusses der Medizin und Chirurgie sind;
- xiv. Leistungen, Behandlungen und Eingriffe ästhetischer Natur;
- xv. Kosten für Impfstoffe;
- xvi. Kosten für ärztlichen Bescheinigungen jeglicher Art;
- xvii. Kosten für die Aushändigung der Krankengeschichte;
- xviii. Kosten und Gebühren für den Führerschein;
- xix. Kosten für Brief- und Stempelmarken.

6. Für Angestellte im Dienst und ihre/n zu Lasten lebende/n Ehepartner/in sind keinerlei Altersgrenzen vorgesehen.

7. Bei freiwilliger Verlängerung durch den/die Versicherungsnehmer/in und den/die zu Lasten lebende/n Ehepartner/in kann die Versicherung bis zum 80. Lebensjahr des/der Versicherten abgeschlossen bzw. erneuert werden und endet automatisch zur ersten Jahresfälligkeit der Police nach Erreichen des 81. Lebensjahrs des/der Versicherten.

8. Wie in der Police angeführt, sind einige Leistungen ausschließlich dem/der Versicherungsnehmer/in vorbehalten, alle übrigen Leistungen hingegen dem gesamten Haushalt.

9. Wie in der Police angeführt, werden Leistungen, welche von öffentlichen Gesundheitseinrichtungen oder vertragsgebundenen Einrichtungen erbracht werden, auf der Grundlage des eingereichten Tickets erstattet. In diesem Fall muss weder das Original noch die Kopie der ärztlichen Verschreibung eingereicht werden.

10. Sofern sich der/die Versicherungsnehmer/in (bzw. der Haushalt) an öffentliche Gesundheitseinrichtungen oder an damit vertragsgebundene Einrichtungen wendet, werden sämtliche in der vorliegenden Police angeführten Leistungen auf der Grundlage des eingereichten Tickets erbracht. In diesem Fall ist keine Verschreibung des Facharztes notwendig, und alle Tickets werden im Rahmen des versicherten Maximalbetrages vollständig zurückerstattet.

WICHTIGER HINWEIS

Der originale Vertragstext der gegenständlichen Polizze ist auf Italienisch verfasst. Bei sprachlichen Unklarheiten und im Zweifelsfalle gilt deshalb der italienische Text.