



WECHSELSEITIGE HILFSGESELLSCHAFT  
SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

**Ergänzender Gesundheitsfonds  
des gesamtstaatlichen Gesundheitsdiensts  
“Sektor Obst und Gemüse”**

Kollektive ergänzende Gesundheitsfonds im Rahmen der Verträge, Abkommen oder des Reglements zu Gunsten der Mitarbeiter der Betriebe, die Unterzeichner des wechselseitigen Abkommens sind und ihren Sitz in der Autonomen Provinz Bozen haben  
**gemäß Art. 51, Absatz 2, Buchstabe A DPR 917/1986 und nachfolgende Änderungen**

## **Kontakt**

Mutual Help Wechselseitige Hilfsgesellschaft  
Steuernummer 94107200217

Crispistraße n. 9 – 39100 Bozen  
Tel. 0471 974 964 | Fax 0471 053 613

E-mail [info@mutualhelp.eu](mailto:info@mutualhelp.eu) | [mutualhelp.eu](http://mutualhelp.eu)

Anlage zur  
Geschäftsordnung des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds  
eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help

## Ergänzender Basisgesundheitsfonds “Sektor Obst und Gemüse”

Gültig ab 01. Januar 2016

*Jährlicher Mitgliedsbeitrag 324,00 Euro*

Das nachfolgende Leistungspaket mit dem Namen **“Sektor Obst und Gemüse”** ist an die Mitarbeiter der Betriebe gewandt, die:

- a) Unterzeichner des wechselseitigen Abkommens im Rahmen des bezüglichen innerbetrieblichen Vertrages, Abkommens oder Reglements ex Art.51 Absatz 2 Buchstabe a) des Dekrets des Präsidenten 917/86;
- b) Mitglieder der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help sind und folglich ihre Mitarbeiter einschreiben, die die vorgesehenen Voraussetzungen des Statutes und des wechselseitigen Abkommens erfüllen;
- c) mit den Zahlungen der Mitgliedsbeiträge in Ordnung sind.

Die Bestimmungen des „Reglements des betriebsübergreifenden Gesundheitsfonds“ eingeführt von der wechselseitigen Hilfsgesellschaft Mutual Help vervollständigen das vorliegende Leistungspaket und werden diesem beigefügt.

Mitarbeiter, die nicht mehr bei den oben genannten Betrieben angestellt sind, können den Übergang zum Leistungspaket **“Basisgesundheit Bürger”** | „Basisgesundheit Senior“, innerhalb der von der Geschäftsordnung festgelegten Bedingungen, beantragen.

Dieses Ansuchen zum Übergang hat Gültigkeit ab dem 1. Januar des Jahres nach dem Ereignis.

Mutualità mediata mit der



Gesetz 3818 Mai 1886 und nachfolgende Änderungen

## Unterstützungsarten

### Bereich – Fachärztliche öffentliche Leistungen

#### Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst

##### 1. Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)

Das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, hat Anrecht auf eine Unterstützung in Höhe von **100 %** für Steuerbelege des öffentlichen Gesundheitsbetriebes oder von privaten bzw. freiberuflichen Ärzten, welche ein privates Abkommen mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst abgeschlossen haben. In jeden Fall muss der Steuerbeleg obligatorisch die Bezeichnung „Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst“ (Ticket) und den Hinweis auf die Art der durchgeführten Leistung enthalten.

Der Beitrag für die Tickets wird auch für präventive Diagnosesicherungen anerkannt.

#### Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **300,00 (dreihundert/00) Euro** pro Kalenderjahr gewährt.

#### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 1 aufgeführten Unterstützungen

Beitrag an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst

1) *Ausgabenbelege (Sanitätsticket)*

### Bereich – Fachärztliche private Leistungen

#### Fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik - Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung - Laboruntersuchungen

##### 2. Fachärztliche Untersuchungen

Im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten, die eine Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchführen, werden dem **Mitglied 50 %** des Rechnungsbetrages bis zu einem Höchstbetrag von **50,00 (fünfzig/00) Euro** rückvergütet. Es werden **maximal drei Untersuchungen** pro Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der fachärztlichen Untersuchung getrennt werden.

##### 3.1 Instrumentelle Diagnostik

Dem **Mitglied** werden im Falle von instrumentaldiagnostischen Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **50,00 (fünfzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet. Es werden **maximal drei Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt.

Die Rechnung muss die Art der Diagnostik enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der instrumentaldiagnostischen Untersuchung getrennt werden.

##### 3.2 Instrumentelle Hochdiagnostik - Hochspezialisierung

Dem **Mitglied** werden im Falle von Untersuchungen in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern, welche im **Anlage „C“** aufgelistet sind, **50 %** bis zu einem Höchstbetrag von **120,00 (hundertzwanzig/00) Euro** rückvergütet.

##### 4. Laboruntersuchungen

Dem **Mitglied** werden im Falle von Laboruntersuchungen, die bei privaten Gesundheitseinrichtungen oder von Ärzten, die eine freiberufliche Tätigkeit in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt werden, **50 %** des

im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **50,00 (fünfzig/00) Euro** pro Steuerbeleg rückerstattet. Es werden **maximal drei Steuerbelege** pro Kalenderjahr anerkannt. Der Steuerbeleg muss die Art der Untersuchung enthalten und jede andere Leistung muss von den Kosten der Laboruntersuchung getrennt werden.

### Höchstentschädigungsgrenzen

Die Unterstützungen der vorher aufgeführten Punkte 2, 3.1, 3.2, und 4 werden bis zu einem Maximalbetrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** pro Kalenderjahr genehmigt.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 2, 3 und 4 aufgeführten Unterstützungen

Fachärztliche Untersuchungen - Instrumentelle Diagnostik - Instrumentelle Hochdiagnostik und Hochspezialisierung - Laboruntersuchungen

1) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung).*

## Bereich – Vertragsgebundene Zahnheilkunde

Zahnbehandlungen bei nicht vertragsgebundene und vertragsgebundenen Zahnärzten - Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes - Zahnbehandlung aufgrund von Unfällen

### 5.1 Zahnbehandlungen bei NICHT vertragsgebundenen Zahnärzten

Dem **Mitglied** wird im Falle von zahnärztliche und kieferorthopädische Leistungen, die bei nicht vertragsgebundenen zahnärztliche Strukturen durchgeführt wurden, **50 %** des Steuerbeleges anerkannt bis zu einem Höchstbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Kalenderjahr

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.1 aufgeführten Unterstützungen

Zahnbehandlungen bei NICHT vertragsgebundenen Zahnarztpraxen

1) *Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung)*

### 5.2 Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnärzten

Dem **Mitglied** werden für Zahnbehandlungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder von Zahnärzten, welche mit der wechselseitigen Gesellschaft vertragsgebunden sind, die in der **Anlage „B“ Tarifverzeichnis „B“** angeführten Beträge anerkannt.

#### Bereich der Zahnheilkunde:

- |   |  |
|---|--|
| <b>A)</b> Fachärztliche Untersuchungen, Diagnose, Röntgen, Photographie (12 Positionen) | <b>H)</b> Kieferorthopädie (7 Positionen)                      |
| <b>B)</b> Mundhygiene und Prävention (7 Positionen)                                     | <b>K)</b> Implantologie und Knochenregeneration (6 Positionen) |
| <b>C)</b> Endodontie (6 Positionen)   | <b>L)</b> Fixe Prothesen (20 Positionen)                       |
| <b>D)</b> Konservierenden Leistungen (5 Stimmen)  | <b>M)</b> Abnehmbare Prothesen (5 Positionen)                  |
| <b>E)</b> Mundchirurgie (15 Positionen)   | <b>P)</b> Overdenture-Overimplantat Prothesen (5 Positionen)   |
| <b>F)</b> Paradontologie (8 Positionen)   | <b>Q)</b> Modellprothese (3 Positionen)                        |
| <b>G)</b> Gnatologie (4 Positionen)   | <b>R)</b> Teilprothese (2 Positionen)                          |

Gesamte anerkannte Leistungen: 105.

Für die Anfrage auf Unterstützung müssen die Rechnungen und das zahnärztliche Datenblatt, auf dem der Kodex und die Art der durchgeführten Leistung vermerkt sind, beigelegt werden.

Für Leistungen, welche Implantologie, fixe Prothesen oder Kieferorthopädie betreffen, muss die Panoramaaufnahme, das intraorale Foto oder eine andere instrumental-diagnostische Dokumentation (auch in digitaler Form) von **Anfang und Ende der Behandlung** angefügt werden.

Leistungen, die nicht im Verzeichnis der Anlage „B“ kodifiziert sind, sowie Geldsummen, die von den vorgesehenen Tarifen abweichen, können nicht rückvergütet werden.

Anfragen für Vorauszahlungen und Kostenvoranschläge werden nicht berücksichtigt. Die Unterstützung kann nur nach Abschluss der Behandlung und innerhalb der zeitlichen Begrenzungen angefragt werden.

Um die Leistungen in Anspruch nehmen zu können, muss das Mitglied der vertragsgebundenen Zahnarztpraxis vor der Dienstleistung den Mitgliedsausweis zusammen mit dem Personalausweis vorweisen.

### **Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.2 aufgeführten Unterstützungen**

Zahnbehandlungen bei vertragsgebundenen Zahnarztpraxen

- 1) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Zahnärztliches Datenblatt, auf der Kodex, die Art und die Kosten der durchgeführten und im Tarifverzeichnis Bereich „B“ aufgelisteten Leistung vermerkt sind, sofern der Kodex nicht auf der Rechnung angeführt wurde.*

### **5.3 Zahnbehandlungen beim öffentlichen Gesundheitsdienst**

Sofern sich das **Mitglied** an die Zahnheilkundeabteilung des Landesgesundheitsdienstes wendet werden folgende Leistungen anerkannt:

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **100 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

### **Höchstentschädigungsgrenze**

Die Rückvergütung für die Punkte 5.2 und 5.3 beträgt maximal **4.000,00 (viertausend/00)** Euro pro Kalenderjahr.

### **Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.3 aufgeführten Unterstützungen**

Zahnbehandlungen bei öffentlichen Zahnarztpraxen

- 1) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung)*

### **Nicht Kumulierbarkeit der Unterstützungen**

Im Kalenderjahr sind folgende Unterstützungen nicht kumulierbar:

Unterstützungen und Leistungen, die von nicht vertragsgebundenen Praxen (Punkt 5.1) durchgeführt werden, mit den Unterstützungen und Leistungen, die bei vertragsgebundenen Zahnarztpraxen durchgeführt werden (Punkt 5.2 und 5.3).

### **5.4 Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall**

Dem **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, wird bei Verlust oder Verletzung von Zahnelementen, verursacht durch einen Unfall, folgende Unterstützung anerkannt:

- a) **100 %** des Beitrags an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** des selbstbezahlten Steuerbelegs der durchgeführten Leistungen.

Es muss die medizinische Dokumentation, ausgestellt seitens der kieferchirurgischen Abteilung der Ersten Hilfe einer öffentlichen Struktur, vorgelegt werden, aus der hervorgeht, dass der Verlust oder die Verletzung Folge des Unfalles war.

Die Unterstützung wird auch anerkannt, wenn die zahnärztlichen Leistungen bei einer nicht vertragsgebundenen Zahnarztpraxis durchgeführt werden.

### **Höchstentschädigungsgrenze**

Die Unterstützung wird bis zu einem Maximalbetrag von **2.000,00 (zweitausend/00)** Euro pro Unfall gewährt.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 5.4 angeführten Unterstützungen

Zahnbehandlung aufgrund von Unfällen

- 1) Kopie der Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);
- 2) Für die Zahnbehandlungen aufgrund von Unfall muss das Ticket der kieferchirurgischen Abteilung des Erste Hilfe Dienstes beigelegt werden;
- 3) Für Zahnbehandlungen bei der nächstgelegenen Zahnarztpraxis oder Gesundheitseinrichtung muss die Erklärung des behandelnden Arztes beigelegt werden, aus der hervorgeht, dass die Verletzung auf einen Unfall zurückzuführen ist

## Bereich – Krankenhausaufenthalt

Krankenseinlieferung - Tagesklinik-Einlieferung - Rehabilitationseinrichtungen - Spezifische chirurgische Eingriffe in privaten Einrichtungen oder in öffentlichen Einrichtungen - Betreuung bei Krankenseinlieferung

### 6.1 Krankenseinlieferung

Im Falle eines Krankenseinhaltes hat das **Mitglied** oder eines seiner **Anspruchsberechtigten** nach den ersten zwei aufeinander folgenden Aufenthaltsnächten Anspruch auf den nachstehend aufgeführten Tagessatz vom ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts:

- a) **30,00 (dreißig/00) Euro**, für den Krankenseinhalte des **Mitglieds** in Italien;
- b) **40,00 (vierzig/00) Euro**, für den Krankenseinhalte des **Mitglieds** im Ausland.
- c) **15,00 (fünfzehn/00) Euro**, für die Krankenseinlieferung des **anspruchsberechtigten Familienmitglieds** in Italien.
- d) **25,00 (fünfundzwanzig/00) Euro**, für die Krankenseinlieferung des **anspruchsberechtigten Familienmitglieds** im Ausland.

Die Unterstützung wird nicht für den Aufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen ausbezahlt.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6.1 aufgeführten Unterstützungen

Krankenseinlieferung

- 1) Kopie der Entlassungsbescheinigung der Einheit (Abteilung) des Krankenhauses, aus der das Datum der Aufnahme und der Entlassung und die Diagnose ersichtlich sind;
- 2) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus, das im Ausland liegt. (\*)

### 6.2 Tagesklinik-Aufenthalte mit chirurgischem Eingriff

Im Falle, dass das **Mitglied** selbst oder eines seiner **Anspruchsberechtigten** in eine Tagesklinik eingeliefert und einem chirurgischen Eingriff unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf den folgenden pauschalen Tagessatz, auch im Falle einer nachfolgenden Krankenhausübernachtung:

- a) **100,00 (hundert/00) Euro**, für die Krankenseinlieferung des **Mitglieds**;
- b) **50,00 (fünfzig/00) Euro**, für die Krankenseinlieferung des **Anspruchsberechtigten**.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6.2 aufgeführten Unterstützungen

Tagesklinik-Aufenthalt mit chirurgischem Eingriff

- 1) Krankengeschichte, aus der die spezifisch belegten effektiven Einlieferungstage, die Diagnose und die Art des durchgeführten Eingriffs ersichtlich sind, mit der Anmerkung, dass es sich um eine Tagesklinik-Einlieferung oder Day Surgery-Behandlung gehandelt hat.

### 6.3 Einlieferung in Rehabilitationseinrichtungen

Im Falle, dass das **Mitglied** selbst oder eines seiner **Anspruchsberechtigten** in eine Gesundheitseinrichtung für Rehabilitationsbehandlung eingeliefert wird, steht dem Mitglied nach den ersten beiden aufeinander folgenden Einlieferungsnächten ein Tagessatz ab dem ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts in der folgenden Höhe zu:

- a) **30,00 (dreißig/00) Euro**, für die Einlieferung des Mitglieds;
  - b) **15,00 (fünfzehn/00) Euro**, für die Einlieferung des Anspruchsberechtigten
- Die Unterstützung steht für maximal **15 Tage** pro Krankenhausaufenthalt zu.

### **Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6.3 aufgeführten Unterstützungen**

Einlieferung in gesundheitliche Rehabilitationseinrichtungen

- 1) *Krankengeschichte, aus der das Datum der Aufnahme und der Entlassung, die Art der Diagnose und die durchgeführten Behandlungen ersichtlich sind*

### **6.4 Pädiatrische Einlieferung**

Im Falle der Einlieferung eines anspruchsberechtigten Familienmitglieds im Alter unter acht Jahren hat das Mitglied nach den ersten zwei aufeinander folgenden Einlieferungs Nächten Anspruch auf eine zusätzliche Unterstützung von **10,00 (zehn/00) Euro** pro Tag, für einen Zeitraum von **maximal 15 Tagen** pro Krankenhausaufenthalt.

### **Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 6.4 aufgeführten Unterstützungen**

Pädiatrische Einlieferung

- 1) *Geburtsschein des Anspruchsberechtigten*

## **Spezifische chirurgische Eingriffe in privaten oder öffentlichen Heilanstalten**

### **7.1 Bestimmungen und Unterstützungsbeträge der chirurgischen Eingriffe in PRIVATEN Strukturen**

Bei chirurgischen Eingriffen gemäß **Anlage „A“** hat das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, Anspruch auf eine Rückvergütung der Kosten bis zur Erreichung der Höchstentschädigungsgrenze laut Anlage „A“, Tarifverzeichnis **Bereich „A“**. Folgende dokumentierte Leistungen, die in privaten Strukturen oder freiberuflich in öffentlichen Krankenhäusern durchgeführt wurden, werden berücksichtigt:

- a) Fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen vor** der Einlieferung und die für den Eingriff selbst notwendig sind;
- b) Honorare des Chirurgen, Anästhesisten und der sonstigen am Eingriff mitwirkenden Personen
- c) Gebühren des Operationssaals;
- d) Im Zuge des Eingriffes eingebrachte therapeutische Hilfsmittel, einschließlich der therapeutischen Behandlungen und Prothesen
- e) Aufenthaltsgebühr der Heilanstalt;
- f) Leistungen von Krankenpflegern, diagnostische Untersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, die während der stationären Behandlung durchgeführt werden;
- g) Entnahme von Organen oder Organteilen; Einlieferungen des Organspenders, diagnostische Untersuchungen, ärztlicher Beistand und Beistand durch Krankenpfleger, chirurgische Eingriff zur Entnahme der Organe, Pflegebehandlungen, verschriebene Medikamente und Aufenthaltsgebühren;
- h) fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Kauf oder Ausleihe von Prothesen oder Sanitätsgeräten in den **120 Tagen nach** dem Eingriff;

### **7.2 Krankentransport**

Für den Krankentransport ausgestatteten Verkehrsmittel wird eine Rückvergütung von **80%** der Kosten bis zum maximalen Betrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** gewährt.



### Ausschluss der Kumulierbarkeit der Unterstützung

Wenn die Unterstützungen gemäß Punkt a), b), c), d), e) des vorhergehenden Punktes 7.1 beantragt werden, muss das Mitglied, für sich selbst oder für seinen Anspruchsberechtigten, zum Zwecke der Berechnung des von der Wechselseitigen Gesellschaft zu zahlenden ergänzenden Betrags schriftlich erklären, ob ergänzende Polizzen und/oder Gesundheitsfonds bestehen. Jede Kumulierbarkeit der gegenständlichen Unterstützung im Rahmen der genannten Rückerstattungsbeträge mit anderen Gesundheitsschutzleistungen ist ausgeschlossen.

Das Mitglied muss also eine Erklärung vorlegen, aus der sich ergibt, dass es sich um die einzige beantragte Unterstützung handelt. Außerdem müssen die Ausgabenbelege ausschließlich im Original vorgelegt werden. Anschließend erhält das Mitglied die Originalbelege, auf denen der gezahlte Unterstützungsbetrag vermerkt wird, zurück.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 7 angeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe in privaten Strukturen - Krankentransport

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs; (\*\*)
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);
- 3) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus, das im Ausland liegt. (\*)

### 8.1 Bestimmungen und Unterstützungsbeträge der chirurgischen Eingriffe in ÖFFENTLICHEN Heilanstalten

Im Falle, dass das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, einem großen chirurgischen Eingriff gemäß **Anlage „A“** unterzogen wird, hat das Mitglied Anspruch auf folgende Leistungen:

- a) **100 %** des Steuerbelegs für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen in den **120 Tagen** vor der Einlieferung und die für den Eingriff selbst erforderlich sind, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- b) **100 %** des Steuerbelegs für fachärztliche Untersuchungen, diagnostische und Laboruntersuchungen, Physiotherapie und Rehabilitationsbehandlungen, Ankauf Kauf oder Miete von Prothesen oder Sanitätsgeräten in dem **120 Tagen nach** dem Eingriff, für einen Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro** pro Eingriff;
- c) **80 %** der Kosten für Krankentransport mit sanitärem Fahrzeug bis zum maximalen Betrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro**.
- d) einen nachstehend angeführten Tagessatz vom ersten Tag bis zum Ende des Aufenthalts:
  - **30,00 (dreißig/00) Euro** für jeden Tag der Krankenseinlieferung innerhalb Italiens;
  - **40,00 (vierzig/00) Euro** für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes im Ausland;

### 8.2 Betreuung bei Krankenseinlieferung (Begleiter)

Dem **Mitglied**, falls es oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, einem chirurgischen Eingriff laut Anlage „A“ unterzogen wird, steht eine Unterstützung für jeden Aufenthaltstag bis zu einer Höchstdauer von **30 Tagen** in folgender Höhe zu:

- a) **40,00 (vierzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt in Italien;
- b) **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Tag für die Einlieferung in eine Krankenanstalt im Ausland;

#### Bereiche der spezifischen chirurgischen Eingriffe:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Allgemeine Chirurgie (88 Positionen: Hals 10, Brust 6 Ösophagus 11, Magen-Zwölffingerdarm 7, Jejunum-Ileum-Colon-Rektum-Anus 22, Peritoneum 2, Leber und Gallenwege 9, Bauchspeicheldrüse - Milz 9, Mund-, Gesichts- und Kieferchirurgie 12); | 7. HNO (11 Positionen: Ohr 8, Larynx und Parynx, 2);  |
| 2. Thorax-Lungenchirurgie (23 Positionen);   | 8. Urologie (20 Positionen: Nieren und Nebennieren 7, Harnleiter 3, Blase 5, Prostata 1, Harnröhre 1, Männliche Geschlechtsorgane 3); |
| 3. Herz-Kreislauf-Chirurgie (21 Positionen);   | 9. Augenheilkunde (3 Positionen);   |
| 4. Gynäkologie (9 Positionen);   | 10. Große Verbrennungen (1 Positionen)  |
| 5. Neurochirurgie (28 Positionen);   | 11. Organtransplantation (6 Positionen),  |
| 6. Orthopädie (26 Positionen);   |   |

Gesamte anerkannte chirurgische Eingriffe: 236.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 8 aufgeführten Unterstützungen

Chirurgische Eingriffe in privaten Strukturen - Beistand bei Krankenhauseinlieferung

- 1) Krankengeschichte mit Angabe der Anamnese und der Art des durchgeführten Eingriffs. (\*\*)
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung).
- 3) Wohnsitzbescheinigung bei Einlieferung in ein Krankenhaus im Ausland (\*).

## Bereich – Augenchirurgie

### Augenärztliche chirurgische Eingriffe

#### 9. Korrekturingriff mittels Ecimer-Laser

Wenn sich das **Mitglied** den nachstehend angeführten Laserbehandlungen oder Therapien unterzieht, so hat es Anspruch auf **60%** des Rechnungsbetrages mit einem Höchstbetrag von **1.000,00 (tausend/00) Euro**.

Der angeführte Höchstbetrag wird **nur einmal** pro Person ausgezahlt, sowohl bei einem Eingriff auf einem als auch bei einem Eingriff auf beiden Augen, auch zu unterschiedlichen Zeitpunkten.

Zum Zwecke der Unterstützung werden folgende Eingriffe als Ecimer-Laser-Eingriffe betrachtet:

- Laserchirurgie der Hornhaut zu therapeutischen Zwecken zur vollständigen Behandlung oder Korrektur mittels Ecimer-Laser von Kurzsichtigkeit, Astigmatismus, Weitsichtigkeit.
- laserunterstützte intrastomale Keratomileusis
- photodynamische Therapie mit Verteporfin.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 9 aufgeführten Unterstützungen

Augenärztliche chirurgische Eingriffe

- 1) Krankengeschichte oder ärztliche Bescheinigung des Augenarztes, aus dem die Art des durchgeführten Eingriffs und die Diagnose der Krankheit, die den Eingriff erforderlich gemacht hat, ersichtlich sind;
- 2) Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung).

## Bereich – Kuren

### Physiotherapeutische Behandlungen - Thermalkuren - Onkologische Behandlung

#### 10.1 Physiotherapeutische Behandlungen

Dem **Mitglied** wird im Falle von Therapiezyklen folgende Unterstützung gewährt:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Therapiezyklus, durchgeführt in privaten Gesundheitseinrichtungen oder von freiberuflichen Ärzten in öffentlichen Krankenhäusern.

Die Unterstützung wird bis zu **maximal zwei Zyklen** pro Kalenderjahr anerkannt.

Dem Steuerbeleg muss die Kopie der Verschreibung des Arztes mit Angabe der Diagnose beigelegt werden.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.1 angeführten Unterstützungen

Therapiezyklen

- 1) Ausgabenbelege (Sanitätsticket, Rechnung, Steuerquittung);
- 2) Kopie der Verschreibung des Arztes, die die Beschreibung der Pathologie enthält.

### 10.2 Thermalkuren

Dem **Mitglied** wird im Falle von Hydro-Schlamm-Thermalkuren in Italien folgende Unterstützung gewährleistet:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket)
- b) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **60,00 (sechzig/00) Euro** pro Therapiezyklus. Die Unterstützung wird bis maximal **einem Zyklus** pro Kalenderjahr anerkannt.
- c) **50 %** der entstandenen Kosten bis zu einem Maximalbetrag von **50,00 (fünfzig /00) Euro** für die fachärztliche Visite in der Thermalstruktur; jede andere Leistung muss separat von der Visite angegeben sein.

#### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.2 angeführten Unterstützungen

Thermalkuren

- 1) *Ausgabenbelege (Sanitätsticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Kopie der Verschreibung des Arztes, die die Beschreibung der Pathologie enthält.*

### 10.3 Onkologische Behandlung

Im Falle, dass das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** ambulant oder in der Tagesklinik einer Strahlentherapie, Chemotherapie oder einer onkologischen Behandlung unterzogen wird, wird folgende Unterstützung gewährleistet:

- a) **40,00 (vierzig/00) Euro** für jeden Behandlungstag des Mitglieds;
- b) **15,00 (fünfzehn/00) Euro** für jeden Behandlungstag des anspruchsberechtigten Familienmitglieds.

#### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 10.3 angeführten Unterstützungen

Onkologische Behandlung

- 1) *Bescheinigung des Krankenhauses, in der das Anfangs- und Enddatum jeder einzelnen Periode ersichtlich sind und alle Daten der Behandlung sowie die Art der durchgeführten Therapie angegeben sind.*

## Bereich – Schwangerschaft - Mutterschaft

**Schwangerschaft - Risikoschwangerschaft - Mutterschaft**

### 11.1 Zeitraum der Schwangerschaft

Dem **Mitglied** wird eine Unterstützung der Ausgaben für Echographie und klinisch-chemischen Analysen, inbegriffen die Amnioskopie, die Fruchtwasseruntersuchung und die Chorionzottenbiopsie, durchgeführt im Zeitraum der Schwangerschaft, im folgenden Ausmaß gewährt:

- a) **100 %** des Beitrages an den gesamtstaatlichen Gesundheitsdienst (Ticket);
- b) **50 %** des im Steuerbeleg angegebenen Betrages bis zu einem Höchstbetrag von **50,00 (fünfzig/00) Euro** bei privaten Strukturen oder innerbetrieblicher freiberuflicher Tätigkeit.

Die Unterstützung ist kumulierbar mit der Unterstützung für Instrumentelle Diagnostik (Punkt 3.1) und Laboruntersuchungen (Punkt 4).

#### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 11.1 aufgeführten Unterstützungen

Schwangerschaft

- 1) *Ausgabenbelege (Ticket, Rechnung, Steuerquittung);*
- 2) *Bescheinigung über den Stand der Schwangerschaft, ausgestellt vom Frauenarzt.*

### 11.2 Abwesenheit wegen Risikoschwangerschaft

Das **Mitglied** mit einem abhängigen Arbeitsverhältnis, das von der Arbeit wegen einer Risikoschwangerschaft abwesend ist, hat nach Überschreitung von 30 aufeinander folgenden Tagen und für die Abwesenheitstage

nach dem 30. Tag Anspruch auf eine Unterstützung von **8,00 (acht/00) Euro** täglich für die gesamte Dauer der Schwangerschaft.

Das Bestehen einer Risikoschwangerschaft muss durch entsprechende Bescheinigungen des Arbeitsgesundheitsinspektorats bewiesen werden, aus denen der Beginn der Risikoschwangerschaft und die Notwendigkeit des Fernbleibens von der Arbeit hervorgehen.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 11.2 aufgeführten Unterstützungen

Risikoschwangerschaft

- 1) *Bescheinigung des Arbeitsgesundheitsinspektorats über den Beginn der Risikoschwangerschaft und die Notwendigkeit des Fernbleibens von der Arbeit;*
- 2) *Krankengeschichte oder Bescheinigung des Krankenhauses oder des Geburtshelfers, aus der die Entbindung und die Schwangerschaftswoche, in der die Geburt stattgefunden hat, hervorgehen.*

### 12. Mutterschaft

Das Mitglied hat für sich selbst Anspruch auf eine Unterstützung von **50,00 (fünfzig/00) Euro** für jeden Tag des stationären Aufenthalts bis **maximal 10 Tagen** anlässlich einer Geburt, unabhängig vom Ausgang der Geburt und der Zahl der geborenen Kinder.

Anspruch auf die Unterstützung besteht dann, wenn die Geburt nach der vierundzwanzigsten Schwangerschaftswoche erfolgt.

Die Unterstützung ist kumulierbar mit der Unterstützung für Krankenhauseinlieferung, Punkt 6 a).

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 12 aufgeführten Unterstützungen

Mutterschaft

- 1) *Krankengeschichte oder Bescheinigung des Krankenhauses oder des Geburtshelfers, aus der die Entbindung und die Schwangerschaftswoche, in der die Geburt stattgefunden hat, hervorgehen.*
- 2) *Bestätigung der Entlassung, aus der das Eingangsdatum und das Ausgangsdatum hervorgeht;*

## Bereich – Prothesen

Sehhilfen - Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

### 13. Sehhilfen

Für die angefallenen Kosten hat das **Mitglied** für sich selbst oder für einer seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder** Anspruch auf **50 %** des Betrags, der aus dem Steuerbeleg hervorgeht, und zwar bis zu einem Gesamthöchstbetrag von **100,00 (hundert/00) Euro** für jedes Paar Brillengläser oder Kontaktlinsen.

Voraussetzung für die Rückvergütung ist die Verschreibung eines Facharztes oder des Augenoptikers mit Angabe der Pathologie oder der Höhe der Dioptrien.

Verschreibungen, die nicht im engeren Sinne auf pathologische Faktoren oder Funktionsmängel des Sehapparates zurückzuführen sind, werden nicht anerkannt. Die Verschreibung des Arztes oder des Optikers wird von der Ärztekommision der Gesellschaft nach eigenem unanfechtbarem Ermessen beurteilt.

Sehhilfen werden in einem Zeitraum von **drei Jahren** nur einmal rückerstattet.

Nach der ersten Zahlung besteht der Anspruch auf eine weitere Unterstützung alle **zwei Jahre**, sofern der Facharzt feststellt, dass sich das Sehvermögen um mindestens eine halbe Dioptrie verändert hat.

### Ausschlüsse

Die Unterstützung wird für Einwegkontaktlinsen nicht gewährt.

Das Rechnungsdokument muss eine getrennte Auflistung der Kosten der Brillengläser von anderen eventuellen Kosten enthalten.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 13 aufgeführten Unterstützungen

Brillengläser

- 1) Verschreibung des Facharztes, aus der auch die Pathologie hervorgeht (für die Beantragung von Brillengläsern ist auch Höhe der Dioptrien anzugeben).
- 2) Ausgabenbelege (Rechnung, Steuerquittung).

### 14. Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

Es werden dem **Mitglied** für sich selbst oder für einer seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder 50%** des Steuerbelegs bis zu einem Höchstbetrag von Euro **200,00 (zweihundert/00) Euro** im Kalenderjahr für die nachstehend aufgeführten Prothesen und sanitären Hilfsmittel zur Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit, die Korrektur körperlicher Fehlbildungen gezahlt:

- a) Stützgeräte für Fußgelenk, Beine, Knie und Hüfte.
- b) Orthopädische Geräte für obere Gliedmaßen: Hülsen, Stützgeräte.
- c) Schuheinlagen;
- d) Orthopädische Geräte für den Rumpf: Korsette, Stützmieler, Geradehalter für die Schulter, Halskrausen, Halsstützen;
- e) Hilfsmittel zum Gehen: Krücken, 3-Punkte Stöcke, 4-Punkte-Stücke, Stabilisatoren für die Statik in aufrechter Haltung, Stabilisatoren für die Statik in liegender Stellung;
- f) Hilfsmittel für die Mobilität: Faltbarer Rollstuhl mit Schiebegriff für vorwiegenden Hausgebrauch, faltbarer Rollstuhl mit stabilisiertem Rahmen, Transitstuhl;
- g) Hörgeräte;
- h) Traditionelle oder modulare Prothesen für untere Gliedmaßen, die mit Körperenergie funktionieren;
- i) Prothesen für obere Gliedmaßen: ästhetische traditionelle oder modulare Prothesen, die mit Körperenergie funktionieren;
- j) Prothesen für Kehlkopfektomisierte: Trachealkanüle aus Kunststoff oder Metall, zwei pro Kalenderjahr.
- k) Physiognomische Prothesen: Externe provisorische oder Dauer-Brustprothesen.
- l) Augenprothesen.

Die Notwendigkeit von Heilbehelfen oder Prothesen muss durch eine ärztliche Verschreibung bestätigt werden, in der auch die entsprechende Pathologie angegeben wird.

### Ausschlüsse

In der Kostenaufstellung müssen die Kosten der Prothesen und die Kosten der sanitären Hilfsmittel getrennt von eventuellen anderen Zusatzkosten aufgeführt werden.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 14 aufgeführten Unterstützungen

Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

- 1) Analytische Dokumente der getätigten Ausgaben für Prothesen und sanitäre Hilfsmittel

## Bereich – Hauskrankenpflege

Hauskrankenpflege - Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

### 15.1 Hauskrankenpflege

Das **Mitglied** oder eines seiner **anspruchsberechtigten Familienmitglieder**, hat Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **12,00 (zwölf/00) Euro** pro Stunde und für eine Höchstzeit von **104 Stunden** pro Kalenderjahr, für den Fall, in dem es selbst oder einer seiner Anspruchsberechtigten von einer vorübergehenden oder dauernden Invalidität durch Krankheit betroffen ist. Das Mitglied benötigt dafür medizinische Betreuung an seinem Wohnort, um ärztliche und/oder fachärztliche Therapien, Pflegeleistungen für Wundbehandlungen, Mobilisierungen, Analyse und Überwachungen, Physiotherapien oder Rehabilitierungen durchzuführen.

Ausgeschlossen und deshalb nicht anerkannt sind fachärztliche Untersuchungen von Personen, die keinen Universitätsabschluss in Medizin und Chirurgie haben.

Die Unterstützung wird nur ausgezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die gegenständliche Erkrankung zurückzuführen sind.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 15.1 angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege

- 1) Ordnungsmäßig quitierte Ausgabenbelege, aus denen die Stundenanzahl der effektiven Hauskrankenpflege und die Art der geleisteten gesundheitlichen Betreuung hervorgehen.

### 15.2 Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

Das **Mitglied** bzw. seine Begünstigten oder gesetzlichen Erben haben, falls das Mitglied selbst oder einer seiner **Anspruchsberechtigten** an einer bösartigen Krebserkrankung leidet, Anspruch auf eine Unterstützung mit einem Maximalbetrag von **2.000,00 (zweitausend/00) Euro** als Rückerstattung der Kosten, die ihm in den letzten sechs Lebensmonaten für die ärztlichen Einsätze und die Behandlung zu Hause entstanden sind.

Die Unterstützung wird nur ausgezahlt, wenn alle entstandenen Kosten detailliert belegt sind, der geltenden Steuergesetzgebung entsprechen und auf die gegenständliche Erkrankung zurückzuführen sind.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 15.2 angeführten Unterstützungen

Hauskrankenpflege für Krebspatienten im Endstadium

- 1) Belege der in den letzten sechs Lebensmonaten des Kranken angefallenen Ausgaben;
- 2) Zertifizierung des Arztes, die die Krebserkrankung im Endstadium bescheinigt.

## Bereich – Sozioökonomische Unterstützungen

Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit - Gehaltskürzung - Volle Invalidität - Todesfall

### 16.1 Abwesenheit von der Arbeit wegen Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit

Dem **Mitglied** mit einem abhängigen Arbeitsverhältnis, das wegen Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit oder auf dem Arbeitsweg, für einen ununterbrochenen Zeitraum von mehr als 60 Tagen von der Arbeit fernbleibt, steht eine Pauschalunterstützung von **100,00 (cento/00) Euro** für die Abwesenheit vom 61. Tag bis zum 70. Tag zu.

Diese Unterstützung steht bei Arbeitsunfall nicht zu.

### 16.2 Abwesenheit von der Arbeit wegen Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit nach 70 Tagen

Für die Abwesenheitstage nach dem siebzigsten Tag hat das **Mitglied** bei ununterbrochener Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit oder auf dem Arbeitsweg, Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe von **10,00 (dieci/00) Euro** täglich bis zur eventuellen Wiederzulassung zum Dienst oder bis zum Eintritt der Unterstützung für Gehaltskürzung.

Diese Unterstützung steht ihm bei Arbeitsunfall nicht zu.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 16 aufgeführten Unterstützungen

Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit

- 1) Bescheinigung des zuständigen Sanitätsbetriebs (Hausarztes) über den Zeitraum der Krankheit;
- 2) Erklärung der Einrichtung, bei der das Mitglied angestellt ist, welche die krankheitsbedingte Abwesenheitsperiode bescheinigt;
- 3) Kopie des Lohnstreifens bezogen auf den Krankheitszeitraum.

### 17. Kürzung des Grundgehalts nach dem hundertfünfzigsten Tag

Sollte dem **Mitglied** mit abhängigem Arbeitsverhältnis aufgrund der Abwesenheit von der Arbeit für länger als 150 Tage wegen Krankheit oder Unfall außerhalb der Arbeitszeit das Grundgehalt, die Alterszulage und die Teuerungszulage gekürzt werden, hat es Anspruch auf eine Unterstützung in Höhe der betreffenden Kürzung. Die maximale tägliche Unterstützung beträgt **16,00 (sechzehn/00) Euro ab dem hunderteinundfünfzigsten Tag** bis zur Wiederzulassung zur Arbeit, oder bis zum Eintritt in den Ruhestand oder einer anderen Maßnahme, und auf jeden Fall für einen Zeitraum von maximal 730 Tagen.

Sollten dem Mitglied aufgrund irgendwelcher vertraglichen oder gesetzlichen Bestimmungen wirtschaftliche Rückvergütungen garantiert sein, werden diese vollständig von der Unterstützung gemäß dem vorstehenden Absatz abgezogen.

Diese Unterstützung steht ihm bei Arbeitsunfall nicht zu.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 17 aufgeführten Unterstützungen

Gehaltskürzung

- 1) *Monatliche Erklärung der Einrichtung, bei der das Mitglied angestellt ist, welche die Krankheitstage vor der Gehaltskürzung und die darauffolgende Krankheitsperiode bescheinigt;*
- 2) *Kopie des Lohnstreifens bezogen auf den Krankheitszeitraum*

### 18. Volle Erwerbsunfähigkeit

Dem Mitglied, dem die volle körperliche oder geistige Invalidität von den Ärzten der dafür zuständigen Körperschaften zuerkannt wurde und die eine absolute und dauernde Arbeitsunfähigkeit bewirkt, wird ein einziges Mal eine Unterstützung in folgender Höhe zuteil:

- a) **15.000 (fünfzehntausendfünfhundert/00) Euro**, für das Mitglied das zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollen Invalidität das **30. Lebensjahr** noch nicht vollendet hat;
- b) **10.000 (zehntausend/00) Euro**, für das Mitglied das zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollen Invalidität das **40. Lebensjahr** noch nicht vollendet hat;
- c) **5.000 (fünftausend/00) Euro** für das Mitglied das zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollen Invalidität das **50. Lebensjahr** noch nicht vollendet hat;
- d) **2.500 (zweitausendfünfhundert/00) Euro** für das Mitglied das zum Zeitpunkt der Anerkennung der vollen Invalidität das **60. Lebensjahr** noch nicht vollendet hat.

### Ausschluss von der Unterstützung

Ausgeschlossen vom Anspruch auf die Unterstützung sind Mitglieder, die zum Zeitpunkt der Eintragung bei der Gesellschaft Renten- oder Fürsorgeleistungen beziehen, die wegen vollständiger und dauernder Arbeitsunfähigkeit gezahlt werden. Ferner sind auch die Bezieher von Dienstalters-, Alters- oder Invaliditätsrenten ausgeschlossen.

### Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 18 aufgeführten Unterstützungen

Volle Erwerbsunfähigkeit

- 1) *Erklärung über die Anerkennung der völligen körperlichen oder geistigen fortwährenden Invalidität, die von den für diese Anerkennung zuständigen Einrichtungen ausgestellt wird (Vorsorgeeinrichtungen, die die Behindertenrente auszahlen, Kommissionen für Zivilinvalidität usw.)*

### 19. Unterstützung und ihre Höhe

Im Falle des Todes des **Mitglieds** oder eines seiner **Anspruchsberechtigten** hat die Familie Anspruch auf einen Beitrag zu den Beerdigungskosten in folgender Höhe:

- a) **25.000 (fünfundzwanzigtausend/00) Euro**, wenn das verstorbene Mitglied das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat;
- b) **15.000 (fünfzehntausend/00) Euro**, wenn das verstorbene Mitglied zwischen 35 und 59 Jahre alt war;
- c) **5.000 (fünftausend/00) Euro**, wenn das verstorbene Mitglied zwischen 60 und 64 Jahren alt war;

- d) **5.000 (fünftausend/00) Euro** für jeden **Anspruchsberechtigten** der das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

### **Beizulegende Dokumente für die unter Punkt 19 aufgeführten Unterstützungen**

Tod des Mitglieds oder des Anspruchsberechtigten Familienmitglieds

- 1) *Todesbescheinigung;*
- 2) *ärztliche Bescheinigung der Todesursache;*
- 3) *beglaubigte Kopie des Testaments (falls vorhanden);*
- 4) *Familienbogen, aus dem der Verwandtschaftsgrad mit dem Mitglied hervorgeht;*
- 5) *Notorietätsurkunde oder Ersatzerklärung der Notorietätsurkunde für die eventuellen gesetzlichen Erben mit Bezug auf ihre Berechtigung (Art. 4 Gesetz Nr. 15 vom 4. Januar 1968);*
- 6) *beglaubigte Kopie des Dekrets des Vormundschaftsgerichts für die Verwendung der den minderjährigen Erben zustehenden Summen (vom Landesgericht ausgestellt).*

## **Allgemeine Bestimmungen**

- **Kumulierbarkeit der Unterstützungen**

Die Unterstützungen, die in den Punkten 1 bis 19 aufgezählt sind, sind nicht kumulierbar.

- **Ausschlüsse**

Die unter den Punkten 2, 3 und 4 angeführten Unterstützungen werden nicht für Leistungen im Rahmen der Rechtsmedizin, der Sportmedizin, der Arbeitsmedizin, der ästhetischen Medizin, der alternativen Medizin, der Akupunktur, der Chiropraxie, der Iridologie, der Homöopathie, der Psychologie, für Medikamente, für Kopie des radiologischen Befundes auf CD, für das Ausstellen von Führerscheinen, Befähigungsscheinen und Zulassungen gewährt.

Ausgeschlossen und deshalb nicht anerkannt sind fachärztliche Untersuchungen von Personen, die nicht im Besitz eines Universitätsabschlusses der Medizin und Chirurgie sind.

- **Karenzzeit für das Anrecht auf Unterstützung**

Die Arbeitnehmer/Mitglieder, welche durch den Betrieb in den ergänzenden Gesundheitsfonds und unter Berücksichtigung der im wechselseitigen Betriebsabkommen enthaltenen Bedingungen eingeschrieben wurden, haben das Anrecht auf die unter den Punkten 1, bis 19 aufgeführten Unterstützungen **ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats** nach der ersten Zahlung des Beitrages, sofern keine besondere Regelung im wechselseitigen Betriebsabkommen festgelegt wurde.

- **Antrag auf Unterstützung: Fristen und Bedingungen für das Einreichen des Unterstützungsantrages**

Der Antrag auf Unterstützung muss mit dem dafür vorgesehenen Formular „Antrag auf Unterstützung“ folgenderweise übermittelt werden:

- a) über das Internetportal **“MutualHelp for you”** (Zugang über unsere Webseite [mutualhelp.eu](http://mutualhelp.eu)),
- b) per E-Mail [ansuchen@mutualhelp.eu](mailto:ansuchen@mutualhelp.eu) (in PDF),
- c) per Post (Gültigkeit hat der Poststempel),
- d) persönlich direkt beim Büro der Mutual Help, Crispistraße 9, 39100 Bozen.

Im Falle, dass der Antrag auf Unterstützung per **E-Mail** zugesandt wird, sollte das Formular des Antrags getrennt von jeder einzelnen Rechnung als PDF eingescannt werden, wobei jede Rechnung einer PDF-Datei entspricht. Im Falle von Rechnungen mit Anhang (z.B. Rechnung des Zahnarztes mit Röntgenbilder) ist es nützlich, den Anhang gemeinsam mit Rechnung in einer einzigen PDF-Datei zusammenzufassen.

Der Unterstützungsantrag muss **innerhalb 15. Januar des darauffolgenden Jahres** vom Rechnungsdatum eingereicht werden, anderenfalls verfällt der Anspruch auf die Unterstützung durch stillschweigenden Verzicht.

Der Antrag auf Unterstützung kann zu jeder Zeit während des Jahres eingereicht werden, sofern die Summe der beigefügten Dokumente nicht **unter 15,00 (fünfzehn/00) Euro** liegt.



- **Beizulegende Dokumente**

Die Gesellschaft kann vom Mitglied oder direkt bei den zuständigen Einrichtungen alle Unterlagen anfordern, die sie für erforderlich hält, um die Gültigkeit des Anspruchs auf die beantragte Unterstützung zu bestätigen. Die wechselseitige Gesellschaft ist nicht zur Rückgabe der Dokumente verpflichtet, die aufgrund eines Antrages um Unterstützung vorgelegt wurden, mit Ausnahme des Krankenblattes.

Die beizulegenden Dokumente befinden sich in der Durchführungsbestimmung des Fonds am Ende des Textes eines jeden einzelnen Unterstützungspunktes. Den Rechnungen muss die Zahlungsbestätigung beigelegt werden.

- **Notorietätserklärung**

Alle die mit (\*) versehenen Dokumente können durch das Formular für die Notorietätserklärung ersetzt werden, das von der Gesellschaft beglaubigt werden muss.

- **Krankengeschichte**

(\*\*) Wird die Quittung für die Ausgabe der Krankengeschichte beigelegt, wird der gesamte Betrag rückvergütet.

- **Anlage**

Anlage "A" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der großen chirurgischen Eingriffe, Bereich „A“.

Anlage "B" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der zahnärztlichen Leistungen Bereich „B“.

Anlage "C" - Verzeichnis und Tarifverzeichnis der instrumentellen Hochdiagnostik.

Im Zweifelfall nehmen Sie bitte Einblick in die italienische Version, welche rechtliche Gültigkeit hat.

