

Leistungspaket des WKR für das Jahr 2021

Inhaltsverzeichnis

1. Vertragsinhalt - Leistungspaket	2
1.1 Generelles	2
1.2 Leistungsberechtigte Personen.....	2
1.3 Versicherte Leistungen	3
1.3.1 Stationäre Leistungen - Krankenhausaufenthalt	3
1.3.2 Weitere stationäre Leistungen und medizinische Behandlungen (mit und ohne Krankenhausaufenthalt) - Hausgeburten	3
1.3.3 Ambulante Leistungen: Fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt	4
1.3.4 Weitere ambulante Leistungen – Arztvisiten, Hörgeräte	4
1.3.5 Kieferoperationen - festsitzende bzw. abnehmbare Regulierungsapparate (Zahnspangen)	5
1.3.6 Zusatzleistungen	5
1.4 Vergütungslimit - Selbstbeteiligung	6
1.5 Karenzzeiten.....	7
1.6 Ausgeschlossene Leistungen	7
1.7 Laufzeit.....	8
2. Bereitstellung der Leistung	8
2.1 Erforderliche Dokumente	8
2.1.1 Stationäre Leistungen - Krankenhausaufenthalt - weitere stationäre Leistungen und medizinische Behandlungen mit und ohne Krankenhausaufenthalt	8
2.1.2 Fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt sowie ambulante Leistungen - Arztvisiten - Kieferoperationen und festsitzende bzw. abnehmbare Regulierungsapparate	8
2.2 Einreichung der Dokumente	9
2.3 Bearbeitung und Auszahlung.....	9
3. Prämienzahlung	9

1. Vertragsinhalt - Leistungspaket

1.1 Generelles

Im Sinne der im Nationalen Kollektivvertrag vereinbarten Abmachungen verfolgt der Inhalt des Leistungspakets die Zielsetzung, den Mitarbeitern, den Mitarbeitern in Ruhestand und deren steuerlich zu Lasten lebenden Familienangehörigen in Form einer Zusatzabsicherung den Zugang zu all jenen gesundheitsdienstlichen Leistungen zu ermöglichen, die nicht durch die öffentliche Hand gedeckt sind.

1.2 Leistungsberechtigte Personen

Der Leistungsschutz erstreckt sich auf **alle** Angestellten sowie mittels ausdrücklicher Erklärung auf alle beigetretenen Mitarbeiter in Ruhestand¹ der Raiffeisenkassen Südtirols, der Raiffeisen Landesbank, des Raiffeisenverbandes, der Alpen-Bank, der Konverto, der RK Leasing und des Raiffeisen Versicherungsdienstes sowie auf deren im laufenden Jahr **steuerlich zu Lasten lebende Familienangehörige oder amtlich registrierten Lebensgefährten** (more uxorio).

Für den beigetretenen **Mitarbeiter in Ruhestand** erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf sich selbst, sowie – falls ausdrücklich eingeschlossen – auf dessen Ehepartner. Für Mitarbeiter, welche im Laufe des Leistungsjahres angestellt werden, tritt der Leistungsschutz mit der Beitrittserklärung zum Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen in Kraft.

Mitarbeiter in unbezahltem Wartestand haben die Möglichkeit der freiwilligen Weiterzahlung. In diesem Falle muss der interessierte Mitarbeiter dem Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen eine schriftliche Mitteilung (Fax oder Einschreibebrief) zukommen lassen und der Leistungsschutz gilt ab 24.00 Uhr des Absendetages. Die Einzahlung des Beitrages hat der Betreffende an die Raiffeisenkasse zu richten, die ihrerseits vom Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen mit dem für sämtliche Mitarbeiter der Kasse geschuldeten Betrag belastet wird. Im Fall, dass das Mitglied im Laufe des Jahres den unbezahlten Wartestand antritt, gilt die Leistungsabdeckung bis zum 31.12. des Jahres und es ist kein zusätzlicher Beitrag zu entrichten.

Für **Mitarbeiter in Probezeit** gilt die Leistungsdeckung nach definitiver Aufnahme rückwirkend ab Datum des Eintrittes. Des Weiteren sind Mitarbeiter mit einem befristeten Arbeitsverhältnis von sechs oder mehreren Monaten versichert.

Nicht mit dieser Leistung abgedeckt sind die Saisonangestellten, die Mitarbeiter in Probezeit, das Reinigungspersonal mit weniger als 4 Arbeitsstunden pro Tag, das nicht als Hilfsangestellte laut N.A.K.V. beschäftigt wurde, sowie die Angestellten, welche den Militärdienst ableisten.

Der Leistungsschutz verfällt unmittelbar nach **Beendigung des Arbeitsverhältnisses** (Austritt oder Pension) oder bei Beendigung der Mitgliedschaft². Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden für das Mitglied oder für die auf Leistung Anspruchsberechtigten

¹ Für Mitarbeiter, welche nach dem 31.12.1997 in Ruhestand getreten sind, sowie Mitarbeiter, welche Unterstützungsmaßnahmen wie jene der Vorpensionierung (prepensionamento) im Sinne des Art. 4 des Gesetzes 92/2012 sowie der vorzeitigen freiwilligen Rente (APE volontaria o aziendale), vorzeitige soziale Rente (APE sociale), vorzeitige Rente laut den Bestimmungen des Einkommenssicherungsfonds (fondo di solidarietà) oder ähnliche Vorpensionierungen in Anspruch nehmen.

² Gilt nur für Mitarbeiter im Ruhestand

ausschließlich jene Leistungen dieses Paketes rückvergütet, die vor effektiver Beendigung des Arbeitsverhältnisses bzw. Beendigung der Mitgliedschaft lt. Art. 5 des Statutes durchgeführt wurden.

1.3 Versicherte Leistungen

Grundsätzlich ermöglicht diese Krankenabsicherung

- a) dem Mitarbeiter und seinen steuerlich zu Lasten lebenden Familienangehörigen den Aufenthalt in einem frei gewählten Krankenhaus und die Beanspruchung der Sonderstation (Klasse) sowie die Rückerstattung von ambulanten Arztkosten, die von der Pflichtversicherung (Sanitätseinheit) nur teilweise oder überhaupt nicht gezahlt werden.
- b) Für die Mitarbeiter in Ruhestand sowie – falls ausdrücklich eingeschlossen – für deren Ehepartner oder amtlich registrierten Lebensgefährten (more uxorio) ermöglicht diese Krankenabsicherung den Aufenthalt in einem frei gewählten Krankenhaus und die Beanspruchung der Sonderstation (Klasse). Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass für Mitarbeiter im Ruhestand und deren versicherte Ehepartner die Rückerstattung ambulanter Arztkosten nicht vorgesehen ist.

1.3.1 Stationäre Leistungen - Krankenhausaufenthalt

Der stationäre Aufenthalt ist die Behandlung während des Aufenthaltes mit Übernachtung in einer (öffentlichen oder privaten) Heilanstalt; der stationären Behandlung gleichgehalten wird die stationäre ärztliche oder chirurgische Behandlung ohne Übernachtung („Day Hospital“). Der Leistungsschutz erstreckt sich auf Einlieferung in öffentliche Krankenhäuser und Privatkliniken in **Süd- und Nordtirol, in Bayern, in Vorarlberg, im Trentino, in Friaul-Julisch Venetien, im Veneto, in der Emilia Romagna und in der Lombardei**. Bei Einlieferungen in ein Krankenhaus oder in eine Privatklinik außerhalb der obgenannten Regionen deckt das Leistungspaket die Noteinlieferungen oder die von der Sanitätseinheit genehmigten Einlieferungen, mit Ausnahme der Bestimmungen der EU-Patientenmobilität gemäß EU-Richtlinie 2011/24/EU und folgendem Gesetzesdekret 38/14. Ebenso sind bei Dienst-, Urlaubs- und Studienaufenthalten die Noteinlieferungen weltweit gedeckt.

1.3.2 Weitere stationäre Leistungen und medizinische Behandlungen (mit und ohne Krankenhausaufenthalt) - Hausgeburten

Für die nachfolgenden medizinischen Behandlungen und Eingriffe besteht eine Höchstentschädigungsgrenze von Euro 1.550,00.- pro Leistungsberechtigten und pro Leistungszeitraum (Einschränkungen siehe Punkt 1.4):

- Hallux valgus
- Varus Knie
- Nasenseptum
- Strabismus
- Netzhautdegeneration
- *Venen*

weitere:

- Behandlungen bei Kinderwunsch – erstreckt sich ausschließlich auf den Versicherten, Blutproben und Medikamente werden ausgeschlossen. Hierzu gelten die definierten territorialen Begrenzungen unter Punkt 1.3.1 bzw. 1.4.

weilers:

- für medizinische und soziale Betreuung bei Hausgeburten durch eine Hebamme
- stationäre Aufenthalte aufgrund psychologischer/psychiatrischer Behandlungen

1.3.3 Ambulante Leistungen: Fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt

Für die nachfolgenden fachärztlichen Dienstleistungen besteht eine Höchstentschädigungsgrenze von Euro 6.200,00.- (Einschränkungen siehe dazu Punkt 1.4.). Ausdrücklich weisen wir darauf hin, dass die nachfolgend angeführten Leistungen nur dann ersatzpflichtig sind, **wenn sie ärztlich verordnet** sind:

Sonographie/Echographie/Ultraschall ³	Ecografia
Computer-Tomographie (CT)	Tac
Elektrokardiographie	Elettrocardiografia
Doppler	Doppler
Radiologische Untersuchungen	Diagnostica Radiologica
Elektroenzephalographie	Elettroencefalografia
Magnetresonanz (MR)	Risonanza Magnetica Nucleare
Szintigraphie	Scintigrafia
Kobaltbehandlung	Cobaltoterapia
Chemotherapie	Chemioterapia
Herzfernaufnahme	Telecuore
Dialyse	Dialisi
Biopsie	Biopsia
Gastroskopie	Gastroscofia
Koloskopie	Colonscofia
Mammographie	Mammografia
Densitometrie	Densitometria
Lungenfunktionstests	Test di funzionalità respiratoria
Ergometertest	Test ergometrico
Langzeit EKG - Holter	Holter cardiaco
Blutdruckanalyse	Analisi della pressione arteriosa
Harmony-Test (ab dem 40. Lebensjahr)	Harmony-test (a partire dai 40 anni)
<i>Elektromyografie EMG</i>	<i>Elettromiografia EMG</i>

1.3.4 Weitere ambulante Leistungen – Arztvisiten, Hörgeräte

Folgende Leistungen sind für die Mitarbeiter in Ruhestand nicht vorgesehen.

Unter Beachtung der unter Punkt 1.4. angeführten Einschränkungen deckt das Leistungspaket die Kosten bis zu einer Höchstentschädigungsgrenze von Euro 570,00.- für:

- a) ambulante Arztvisiten jeglicher Art mit Ausnahme von ärztlichen Zeugnissen für den Erhalt – Erneuerung des Waffenpasses, Führerscheines u.ä.
- b) Analysen und Laboruntersuchungen
- c) Gipsverbände: Unter Eingipsung versteht man feste Mittel zur Stillhaltung, bestehend aus Gipsbinden oder einem anderweitigen Gerät zur Stilllegung; mit lediglich Ausschluss von Tape-Verbänden

³ Keine ärztliche Verschreibung notwendig

- d) Medikamente, auch homöopathischer Art: Die Medikamente bzw. Arzneien müssen registriert und ärztlich verordnet sein (Rezept und entsprechende Belege beilegen, um den Ankauf der Medikamente rückverfolgen zu können)
- e) nicht enthalten sind Verhütungsmittel, deren medizinische Notwendigkeit nicht dokumentiert ist
- f) physiotherapeutische, osteopathische und ergotherapeutische Behandlungen. Die Behandlungen müssen von einem ausgebildeten Physiotherapeuten, Osteopathen bzw. Ergotherapeuten mit entsprechendem Studientitel bzw. Hochschulabschluss durchgeführt werden
- g) Zahnbehandlungen einschließlich Prothesen
- h) *Sehbrillen werden pro leistungsberechtigte Person in einem Zeitraum von zwei Jahren lediglich einmal rückerstattet.*
- i) orthopädische Schuheinlagen
- j) pranatherapeutische, logopädische und homöopathische Behandlungen, Visiten und Behandlungen beim Diätisten sowie Akupunktur, sofern die angeführten Leistungen von einem Arzt verschrieben werden
- k) podologische Behandlungen: Die Behandlungen müssen von einem beim Hygieneamt eingetragenen Podologen durchgeführt werden.

Zusätzlich werden folgende Leistungen rückvergütet:

- a) ambulante psychotherapeutische/psychiatrische Behandlungen, sofern sie von einem Psychotherapeuten, Psychologen oder Psychiater durchgeführt werden, bis zu Euro 520,00.-
- b) Hörgeräte bis zu 520,00 Euro

1.3.5 Kieferoperationen - festsitzende bzw. abnehmbare Regulierungsapparate (Zahnspangen)

Für die nachfolgenden medizinischen Behandlungen und chirurgische Eingriffe besteht eine Höchstenschädigungsgrenze von Euro 520,00.- pro Familie und pro Leistungszeitraum:

- a) Kieferoperationen: Epulis-Entfernung, Extraktion operativ der Weisheitszähne, Implantat setzen, Inzision, operative Freilegung, operative Entfernung retinierter Zähne, Wurzelspitzeresektion, Zystektomie/ Zystostomie, Osteotomie
- b) festsitzende bzw. abnehmbare Regulierungsapparate mit Ausnahme von Aufbisschienen: einmalige Zahlung
- c) jede klinisch festgestellte Malokklusion bzw. skelettale Fehlstellung

1.3.6 Zusatzleistungen

Als wichtigste Zusatzleistungen führen wir auszugsweise folgende an:

- a) Anspruch auf die Leistungen bei Verletzungen infolge von sportlichen Betätigungen, inklusive bei Wettkämpfen und des dazugehörigen Trainings mit jedoch folgenden Ausnahmen: Motorrad-, Auto- und Motorbootrennen, Wettkämpfe bei Flugsportarten wie Motor-, Segel- und Drachenfliegen sowie Fallschirmgleiten;

- b) Ersatz von Rettungskosten: Einlieferung mit jedem geeigneten Rettungsfahrzeug bis zu einem Höchstbetrag von Euro 1.550,00.- je Leistungsjahr; dieser Höchstersatz gilt ebenso je Familie und Einlieferungsfall;
- c) Ersatz bei Inanspruchnahme der Flugambulanz oder Helikopter (Europa und Mittelmeerländer) bis zu einem Höchstersatz von Euro 1.550,00.- je Leistungsjahr; dieser Höchstersatz gilt ebenso je Familie und Einlieferungsfall;
- d) Ersatz der Kosten von diagnostischen Voruntersuchungen, Nachuntersuchungen bei Krankenhausaufenthalten (mit Ausnahmen von Geburt) und die im Entlassungsschreiben vom Facharzt verschriebene Medikamente. Falls die Kosten für diese Untersuchungen/Medikamente in den 90 Tagen vor bzw. in den 90 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt bestritten werden, werden sie über den stationären Tarif verrechnet. Als Bezugspunkt wird das Ausstellungsdatum der Arztrechnungen herangezogen. Handelt es sich um einen ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriff (ohne stationären Aufenthalt), entfällt die Rückvergütung der Kosten von diagnostischen Vor- bzw. Nachuntersuchungen in den 90 Tagen vor bzw. in den 90 Tagen nach dem Eingriff.
- e) Physiotherapeutische Behandlungen bei stationären Aufenthalten (die Leistungen müssen von einem ausgebildeten Physiotherapeuten durchgeführt werden): Falls die Behandlungen in den 90 Tagen nach dem stationären Aufenthalt durchgeführt werden und die Rechnung bis 120 Tage nach dem stationären Aufenthalt datiert ist, werden diese Kosten über den stationären Teil verrechnet.
- f) Ersatz der Leistungen bei ambulatorialischen chirurgischen Eingriffen (ohne stationären Aufenthalt) unter der Voraussetzung, dass die Einweisung durch einen Arzt erfolgt;
- g) Spesen für Begleitperson: Ersatz des Krankenhaus-Spesentagegeldes im Rahmen der stationären Leistungen für eine Begleitperson, mit der begrenzten Dauer von 30 Tagen;
- h) Krankenhausspesen (als solche werden auch Privatkliniken angesehen) infolge eines Aufenthaltes bei Entfernung eines Weisheitszahnes;
- i) Spesenrückvergütung von ärztlichen Leistungen bei Entnahme der Organe beim Spender;
- j) Überführung des Toten: Im Falle des Ablebens des Leistungsnehmer infolge einer Einlieferung in ein Krankenhaus im In- und Ausland wegen Krankheit oder Unfall, mit bzw. ohne chirurgischen Eingriff, werden die Kosten für die Überführung der Leiche bis zum Begräbnisort ersetzt. Der Höchstbetrag ist Euro 1.550,00.-.

1.4 Vergütungslimit - Selbstbeteiligung

Der WKR ersetzt die Kosten, welche von der Pflichtversicherung (*beispielsweise Sanitätseinheit, INAIL usw.*) oder sonstigen privaten Versicherungs- bzw. auch andere Absicherungen nicht bereits abgedeckt und gezahlt werden, wobei

- a) bei Einlieferungen in öffentlichen Krankenhäusern und Privatkliniken in Süd- und Nordtirol, in Bayern, in Vorarlberg, im Trentino, in Friaul-Julisch Venetien, im Veneto, in der Emilia Romagna und in der Lombardei sowie bei Noteinlieferungen weltweit unbegrenzter Kostenersatz mit einem Selbstbehalt von 20% mit einem Minimum von Euro 300,00 und einem Maximum von Euro 3.000,00 besteht.

In Anlehnung an die Bestimmungen des Art. 55 des N.A.K.V. für die Hilfskräfte, Angestellten und leitenden Angestellten der Raiffeisenkassen, wird im Fall von Behandlungen bei Tuberkulose, onkologischen Erkrankungen, erworbenem Immundefektsyndrom (AIDS), neurodegenerativen Erkrankungen und chronischem

Nierenversagen (IRC) ein reduzierter Selbstbehalt von 10% mit einem Minimum von Euro 150,00 und einem Maximum von Euro 1.500,00 angewandt.

Dies gilt auch bei sog. „großen herzchirurgischen Eingriffen“, wie diese allgemein in den Versicherungspolizzen definiert sind.

- b) bei Geburten eine Höchstentschädigungsgrenze von Euro 3.000,00 und bei Kaiserschnitt eine Höchstentschädigungsgrenze von Euro 4.500,00 besteht.
- c) bei weiteren stationären Leistungen und Behandlungen (mit und ohne Krankenhausaufenthalt) eine Höchstentschädigungsgrenze von Euro 1.550,00.- pro Familie und Leistungszeitraum besteht;
- d) bei ambulant durchgeführten chirurgischen Eingriffen (ohne stationären Aufenthalt) ein Selbstbehalt von 10% Anwendung findet, wobei die Kosten für die Vor- und Nachuntersuchungen ausgeschlossen sind.
- e) bei ambulanten Leistungen: fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt eine Höchstentschädigungsgrenze pro Familie und Leistungszeitraum von Euro 6.200,00.- mit einem Selbstbehalt von 20% und einem Minimum von Euro 15,00.- pro Rechnung für ambulante Leistungen besteht;
- f) bei ambulanten Leistungen (Visiten, ärztliche Leistungen, Medikamente u.dgl.) ein Höchstersatz pro Familie und Leistungsjahr von Euro 570,00.- gilt; Weiters kommt ein Selbstbehalt von 20% mit einem Minimum von Euro 15,00.- pro Rechnung für ambulante Leistungen zur Anwendung. Falls zwei Mitglieder einer Familie Angestellte in der Raiffeisenorganisation sind, gilt ein Höchstersatz von Euro 1.140,00.-.
- g) Bei definierten Leistungen wird nur das entsprechende Limit im Rahmen des Leistungspaketes rückvergütet, auch wenn für die Behandlung ein stationärer Aufenthalt notwendig sein sollte (Bsp. Leistungen lt. Punkt 1.3.2, 1.3.5).

1.5 Karenzzeiten

Es gelten keine Karenzzeiten. Die Deckung beginnt mit 00.00 Uhr des 01.01.2021. Bei stationären Leistungen gilt die Leistung für jene Krankenhausaufenthalte, bei welchen der Leistungsnehmer nach obigem Datum aufgenommen wurde. Ambulante Arztrechnungen werden vergütet, wenn deren Ausstellungsdatum in den Zeitraum vom 01.01.2021 bis 31.12.2021 fällt. Es werden auch Ratenzahlungen berücksichtigt, die sich auf oben genannte Arztrechnungen beziehen, aber zu einem späteren Zeitpunkt bezahlt werden.

1.6 Ausgeschlossene Leistungen

Kein Leistungsschutz besteht bei:

- a) Behandlung infolge von Alkohol- und Drogenmissbrauch;
- b) Korrekturen von angeborenen Missbildungen (mit Ausnahme der Leistungen gemäß Punkt 1.3.2 und 1.3.5);
- c) kosmetischen Operationen mit Ausnahme jener zur Beseitigung von Unfallfolgen;
- d) Honorarnoten von Ärzten, die zur Ausübung der Praxis nicht zugelassen sind;
- e) Schwangerschaftsunterbrechungen; allerdings sind die Behandlungen von Schwangerschaftsunterbrechungen infolge eines Unfalles oder Erkrankung gedeckt;
- f) Kostenersatz für Medikamente, welche nicht registriert oder nicht ärztlich verordnet sind sowie für kosmetische Mittel, Vitaminpräparate, Nähr- und Kräftigungsmittel;

- g) Aufenthalt in Kurorten und Kur- und Thermalanstalten, Erholungs- und Genesungsheimen, Altersheimen und deren Krankenabteilungen, Militärspitälern, Sonderheilanstalten für Lungen-, Nerven- und Geisteskranke sowie in Krankenanstalten ohne Operationssaal.
- h) Schäden infolge strafbarer Handlungen
- i) Sterilisation, wenn die gesundheitliche Notwendigkeit nicht gegeben ist
- j) Kosten für die refraktiven Eingriffe in Form von Augen-Laserbehandlung zur Korrektur der Kurzsichtigkeit (Myopie) und Weitsichtigkeit mittels verschiedener operativer Eingriffe.

1.7 Laufzeit

Die Laufzeit des Leistungspakets beginnt mit 00.00 Uhr des 01.01.2021.

2. Bereitstellung der Leistung

Für eine effiziente und schnelle Bereitstellung der Leistungen benötigen wir Ihre Mithilfe, wozu wir Sie ersuchen, nachfolgende Richtlinien unbedingt zu beachten:

2.1 Erforderliche Dokumente

Die Auszahlung der von Ihnen eingereichten Leistungsansprüche kann nur anhand der die getätigten Ausgaben dokumentierenden Belege und die Anspruchsberechtigung nachweisenden Unterlagen erfolgen. Die Rechnungen und sonstigen Belege müssen mit dem Vor- und Zunamen der behandelten Person versehen sein.

Damit Sie rechtzeitig die richtigen Dokumente anfordern und vollständig an uns weiterleiten, geben wir Ihnen nachstehend einen diesbezüglichen Überblick:

2.1.1 Stationäre Leistungen - Krankenhausaufenthalt - weitere stationäre Leistungen und medizinische Behandlungen mit und ohne Krankenhausaufenthalt

Es genügt, wenn der Leistungsnehmer nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes folgende Belege einreicht:

- a) Entlassungsschein mit Diagnose
- b) nach Bedarf und Anforderung durch den WKR, Abschrift der Krankengeschichte (cartella clinica)
- c) Rechnungen
- d) Bestätigung der definitiven Rückvergütung vonseiten des Sanitätsbetriebes (Mitteilung des Sanitätsbetriebes oder Bankbeleg über den Zahlungseingang)

2.1.2 Fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenhausaufenthalt sowie ambulante Leistungen - Arztvisiten - Kieferoperationen und festsitzende bzw. abnehmbare Regulierungsapparate

- a) Rechnungen
- b) Bestätigung der definitiven Rückvergütung vonseiten des Sanitätsbetriebes (Mitteilung des Sanitätsbetriebes oder Bankbeleg über den Zahlungseingang)

2.2 Einreichung der Dokumente

Das Ansuchen zum Leistungsanspruch ist ausschließlich über das WEB-Portal (www.wk-raiffeisen.it) in **elektronischer Form** vorzunehmen.

Für die Einreichung empfehlen wir:

- Reichen Sie die Belege zu einem Schadenfall gesammelt über die Homepage wk-raiffeisen.it ein.
- Notieren Sie anschließend auf den Belegen, dass die Einreichung erfolgt ist. Damit vermeiden Sie doppelte Einreichungen, die für den WKR einen erheblichen Mehraufwand bedeuten!
- Schicken Sie die Unterlagen bitte laufend, um einen Stau am Jahresende zu vermeiden.
- Der späteste Einreichtermin ist immer der **31. Januar des Folgejahres**.

Mit dieser Vorgehensweise helfen Sie uns, den bürokratischen Aufwand so gering wie möglich zu halten und eine schnelle Bearbeitung in der Abwicklung der Rückerstattung zu gewährleisten.

2.3 Bearbeitung und Auszahlung

Die Bearbeitung der Meldungen erfolgt im Schadenbüro in Bozen. Nach erfolgter Durchsicht der eingereichten Dokumentation wird der auszuzahlende Betrag über die Raiffeisen Landesbank auf das Gehaltskonto überwiesen.

3. Prämienzahlung

Der von der Raiffeisenkasse bezahlte Beitrag von *Euro 650,00.-* zuzüglich des Fixbetrages laut gewerkschaftlicher Vereinbarung vom 20. Oktober 2005 wird von der Raiffeisenkasse an den Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen überwiesen.

Mitarbeiter in Ruhestand, sowie Mitarbeiter, welche Unterstützungsmaßnahmen wie jene der Vorpensionierung (pre-pensionamento) im Sinne des Art. 4 des Gesetzes 92/2012 in Anspruch nehmen, überweisen den Beitrag für jede auf Leistung anspruchsberechtigte Person im Ausmaß von *Euro 620,00.-*, wie dies den Interessierten gesondert mitgeteilt wird.

Wir stehen Ihnen für weitere Informationen und Klärungen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
Wechselseitiger Krankenbeistand Raiffeisen