

# Leistungspaket des WKR für das Jahr 2026

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Vertragsinhalt - Leistungspaket .....</b>	<b>2</b>
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.....	5
1.3.5   Kieferoperationen – festsitzende bzw. abnehmbare Regulierungsapparate (Zahnspangen) ...	5
1.3.6   Zusatzleistungen .....	6
1.4   Vergütungslimit - Selbstbeteiligung.....	7
1.5   Karenzzeiten.....	8
1.6   Ausgeschlossene Leistungen.....	8
1.7   Laufzeit .....	8
<b>2. Bereitstellung der Leistung .....</b>	<b>8</b>
2.1   Erforderliche Dokumente .....	9
2.1.1   Stationäre Leistungen - Krankenaufenthalt - weitere stationäre Leistungen und medizinische Behandlungen mit und ohne Krankenaufenthalt .....	9
2.1.2   Fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenaufenthalt sowie ambulante Leistungen - Arztvisiten - Kieferoperationen und festsitzende bzw. abnehmbare Regulierungsapparate....	9
2.2   Einreichung der Dokumente .....	9
2.3   Bearbeitung und Auszahlung .....	10
<b>3. Prämienzahlung .....</b>	<b>10</b>

## 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, sofern sie Mitglieder des WKR sind, sowie auf alle als Mitglied beigetretenen Mitarbeiter in Ruhestand<sup>1</sup> der Raiffeisenkassen Südtirols, der Raiffeisen Landesbank Südtirol, des Raiffeisenverbandes Südtirol, der Alpen-Bank, der Konverto, der RIS Kons GmbH, der RK Leasing und des Raiffeisen Versicherungsdienstes sowie auf deren im laufenden Jahr **steuerlich zu Lasten lebenden Familienangehörigen einschließlich amtlich registrierten Lebensgefährten** (more uxorio).

Für den beigetretenen **Mitarbeiter in Ruhestand** erstreckt sich der Versicherungsschutz ausschließlich auf sich selbst, sowie – falls als Mitglied in den WKR aufgenommen – auf dessen Ehepartner oder amtlich registrierten Lebenspartner (more uxorio).

Mitarbeiter, welche im Laufe des Leistungsjahres angestellt werden, können Leistungen erst beantragen, nachdem sie als Mitglied in den Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen aufgenommen wurden. Dazu braucht es einen Mitgliedsantrag und einen Aufnahmebeschluss des Verwaltungsrates. Mitglieder können Leistungen erst nach Beendigung der **Probezeit** zur Rückvergütung einreichen. Der Leistungsschutz beginnt mit dem ersten Tag des Arbeitsverhältnisses.

**Mitarbeiter in unbezahltem Wartestand** haben die Möglichkeit der freiwilligen Weiterzahlung. In diesem Falle muss der interessierte Mitarbeiter dem Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen eine schriftliche Mitteilung (Pec-Mail oder Einschreibebrief) zukommen lassen. Der Leistungsschutz gilt ab 24.00 Uhr des Absendetages. Die Einzahlung des Beitrages hat der Betreffende an den Arbeitgeber zu richten, der seinerseits vom Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen mit dem für sämtliche Mitarbeiter des Betriebes geschuldeten Betrag belastet wird. Sollte ein Mitglied im Laufe des Jahres den unbezahlten Wartestand antreten, bleibt die Leistungsabdeckung bis zum 31.12. dieses Jahres aufrecht. Für dieses Jahr ist kein zusätzlicher Beitrag zu entrichten.

**Mitarbeiter mit einem befristeten Arbeitsverhältnis** von sechs oder mehreren Monaten können in den WKR aufgenommen werden.

**Nicht leistungsberechtigt** sind die Saisonangestellten, die Mitarbeiter in Probezeit, das

---

<sup>1</sup> 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.

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 Leistungsanspruch verfällt unmittelbar nach **Beendigung des Arbeitsverhältnisses** (Austritt oder Pension) oder bei Beendigung der Mitgliedschaft<sup>2</sup>. Bei Beendigung der Mitgliedschaft werden für das Mitglied oder für die auf Leistung Anspruchsberechtigten 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 als Mitglied aufgenommen – 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 **Südtirol und Tirol, 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 Krankenaufenthalt) - Hausgebürten

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

---

<sup>2</sup> Gilt nur für Mitarbeiter im Ruhestand

- Strabismus
- Netzhautdegeneration
- Venen

weiters:

- 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.

weiters:

- 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 <sup>3</sup>	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	Gastoscopia
Koloskopie	Colonscopia
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)
Elektromyografie EMG	Elettromiografia EMG

---

<sup>3</sup> Keine ärztliche Verschreibung notwendig

### 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
- d) Medikamente, Vitaminpräparate, Nähr- und Kräftigungsmittel auch homöopathischer Art: Die oben genannten Produkte 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 Studententitel bzw. Hochschulabschluss durchgeführt werden
- g) Zahnbehandlungen einschließlich Prothesen
- h) Sehhilfen (auch Kontaktlinsen) 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) pädagogische, didaktische und/oder therapeutische Behandlungen gegen Lernstörungen von Schülern und Studenten im Sinne des Gesetzes Nr. 170/2010 und Ministerialdekret vom 12. Juli 2011, sofern die angeführten Leistungen von einem Arzt verschrieben werden.
- l) podologische Behandlungen: Die Behandlungen müssen von einem beim Hygieneamt eingetragenen Podologen durchgeführt werden.
- m) Diabetessensoren

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) einmalige Zahlung pro Leistungsberechtigten für den Ankauf von Hörgeräten bis zu einem Höchstbetrag von 2.500,00 Euro

### 1.3.5 Kieferoperationen – festsitzende bzw. abnehmbare Regulierungsapparate (Zahnspangen)

Für die nachfolgenden medizinischen Behandlungen und chirurgische Eingriffe besteht eine

Höchstentschädigungsgrenze von Euro 520,00.- pro Familie und pro Leistungszeitraum:

- a) Kieferoperationen: Epublis-Entfernung, Extraktion operativ der Weisheitszähne, Implantat setzen, Incision, operative Freilegung, operative Entfernung retinierter Zähne, Wurzelspitzenresektion, 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) Der Anspruch auf die Leistungen, wie in diesem Leistungspaket vorgesehen, besteht auch, wenn die Verletzungen infolge von sportlichen Betätigungen, auch in Folge von Wettkämpfen und des dazugehörigen Trainings entstehen, jedoch mit 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, (Arzthonorare inbegriﬀen) Nachuntersuchungen bei Krankenhausaufenthalten (mit Ausnahmen von Geburt) und die im Entlassungsschreiben vom Facharzt verschriebenen Medikamente. Falls die Kosten für diese Untersuchungen in den 90 Tagen vor bzw. die Kosten für Medikamente/Nachuntersuchungen in den 90 Tagen nach dem Krankenaufenthalt bestritten werden, werden sie über den stationären Tarif verrechnet. Als Bezugspunkt wird das Ausstellungsdatum der Arztrechnungen herangezogen.  
Handelt es sich um einen ambulant durchgeföhrten 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 durchgeföhrert werden): Physiotherapeutische Behandlungen nach dem stationären Aufenthalt können bis zu 180 Tagen nach Entlassungsdatum durchgeföhrert werden und werden bis zu einem Höchstbetrag von Euro 2.500.- vergütet.
- f) Ersatz der Leistungen bei ambulatorischen chirurgischen Eingriffen (ohne stationären Aufenthalt) unter der Voraussetzung, dass die Einweisung durch einen Arzt erfolgt;
- g) Spesen für Begleitperson: Ersatz des Krankenhaus-Spesentagegeldes bis höchstens 55.- €/Tag im Rahmen der stationären Leistungen für eine Begleitperson, mit der begrenzten Dauer von 30 Tagen;
- h) Spesenrückvergütung von ärztlichen Leistungen bei Entnahme der Organe beim Spender;
- i) Überführung des Toten: Im Falle des Ablebens des Leistungsnehmers im In- und Ausland wegen

Krankheit oder Unfall 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 Südtirol und Tirol, 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 (Infiltrationen inbegriffen) wird ein Selbstbehalt von 20% mit einem Minimum von Euro 50,00.- pro Anwendung berechnet, wobei die Kosten für die Vor- und Nachuntersuchungen vom stationären Teil ausgeschlossen sind. Diese können über den ambulanten Teil verrechnet werden können.
- e) bei ambulanten Leistungen: fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenaufenthalt 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 01.01.2025. 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 01.01.2025 bis 31.12.2025 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 Behandlungen und/oder 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 Unfalls oder Erkrankung gedeckt;
- f) Kostenersatz für Medikamente, welche nicht registriert oder nicht ärztlich verordnet sind sowie für kosmetische Mittel;
- g) Aufenthalten in: Thermaleinrichtungen, Einrichtungen für Diät- und Schönheitsbehandlungen, Genesungsheimen, Pflegeheimen, Erholungsheimen, Altersheimen und Wellness-Einrichtungen und ähnlichen Einrichtungen.
- 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), Weitsichtigkeit und Astigmatismus mittels verschiedener operativer Eingriffe.

## 1.7 Laufzeit

Die Laufzeit des Leistungspakets beginnt mit 00.00 Uhr des 01.01.2026.

## 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 Krankenaufenthalt

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

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

### 2.1.2 Fachärztliche Untersuchungen ohne Krankenaufenthalt 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](http://www.wk-raiffeisen.it)) in elektronischer Form vorzunehmen.

Für die Einreichung empfehlen wir:

- **Schicken Sie die Unterlagen bitte laufend, um einen Stau am Jahresende zu vermeiden**
- Reichen Sie die Belege zu einem Schadenfall über Ihren persönlichen Bereich in der Homepage wk-raiffeisen.it ein.
- Prüfen Sie vorab, ob Sie den für diese Leistung zur Verfügung stehenden Plafonds noch nicht ausgeschöpft haben (Nutzung).
- Notieren Sie anschließend auf den Belegen, dass die Einreichung erfolgt ist. Damit vermeiden Sie doppelte Einreichungen, die für den WKR einen erheblichen Mehraufwand bedeuten! Sie können aber auch im Bereich Übersicht kontrollieren, ob die Rechnung bereits eingereicht wurde.
- **Der späteste Einreichtermin ist immer der 31. Januar des Folgejahres der Rechnung.**

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 auf das Gehaltskonto überwiesen.

## **3. Prämienzahlung**

Der von den Betrieben geschuldete Beitrag von Euro 770,00.- zuzüglich des Fixbetrages laut gewerkschaftlichen Vereinbarungen vom 20. Oktober 2005, vom 27. November 2020 und 17. November 2023 wird von den Betrieben an den Wechselseitigen Krankenbeistand Raiffeisen überwiesen bzw. mittels SEPA eingehoben.

Von Mitarbeitern in Ruhestand bzw. Mitarbeitern, welche Unterstützungsmaßnahmen wie jene der Vorpensionierung (prepensionamento) im Sinne des Art. 4 des Gesetzes 92/2012 und Ähnliches in Anspruch nehmen bzw. von anderen leistungsberechtigten Mitgliedern wird der Jahresbeitrag vom WKR mittels SEPA im Ausmaß von Euro 700,00.- bzw. des geschuldeten Beitrages von Euro 770,00.- zuzüglich des Fixbetrages laut gewerkschaftlicher Vereinbarung vom 20. Oktober 2005, vom 27. November 2020 und 17. November 2023 eingehoben, 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