

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Spitalskostentarif MU/10 - Österreich

Versicherung für Spitalskosten nach Unfall nach Vertragskrankenhausverzeichnis - Liste 1 Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel) Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / in der geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Die Spitalskostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei einer österreichischen Pflichtkrankenkasse oder ein Sozialversicherungsersatztarif besteht.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern (§ 5(9)-(12) AVB-1995)

A Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Vertragskrankenhauses nach diesem Tarif

(1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen) die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der österreichischen Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer), und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die Krankenhausgebühren und Arzthonore durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

(2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

B Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer in Europa

(1) Bei stationärer Heilbehandlung innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland, werden die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der dort ansässigen Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes für Honorare und Behandlung (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/Mehrbettzimmer) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des österreichischen Sozialversicherungsträgers zur Sonderklasse/Mehrbettzimmer oder eines Sozialversicherungsersatztarifes in voller Höhe vergütet.

(2) Für Tageskosten (Pflegebühre, Sachaufwand) ist der Kostenersatz pro Tag begrenzt.

C Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland werden die Honorare, Behandlungskosten und Tageskosten (Pflegebühre, Sachaufwand) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes in voller Höhe vergütet. Die stationäre Heilbehandlung beschränkt sich auf anlässlich eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von höchstens 4 Wochen im europäischen Ausland auftretende Unfallfolgen, die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden aufgetreten sind.

D Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland, die aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist, werden weltweit die vollen Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes einschließlich Transportkosten für die Hin- und Rückreise übernommen.

Eine Leistung für Transportkosten wird nur erbracht, wenn die Hin- und Rückreise von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird.

E Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland werden 100% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr vergütet. Die stationäre Heilbehandlung beschränkt sich auf anlässlich eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von höchstens 4 Wochen im außereuropäischen Ausland auftretende Unfallfol-

gen, die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer Krankenanstalt im außereuropäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden aufgetreten sind.

F Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

(1) Bei stationärer Heilbehandlung innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen, die nicht unter Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D oder I.E fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

a) Pflegegebühren

sind die Differenz der Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer.

b) Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen

sind die über die Pflegegebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei nichtoperativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

c) Behandlungskosten bei operativen Fällen

sind die über die Pflegegebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei operativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

Zusätzlich werden Operationskosten entsprechend dem Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet.

Das Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

Werden anstelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt (§ 5(15) AVB-1995), erfolgt eine Vergütung bis zum halben Ausmaß der jeweiligen Operationsgruppe.

(2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

G Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson (§ 5(20) AVB-1995)

(1) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

(2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I.B, I.C, I.D, I.E oder I.F werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag vergütet.

(3) In Abänderung der Bestimmungen des § 5(20) AVB-1995 werden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt gemäß Abs. (1) und (2) eines mitversicherten Kindes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die Kosten für eine Begleitperson übernommen, und zwar auch dann, wenn diese nicht versichert ist.

H Krankenhaus-Ersatztagegeld

(1) Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes zur Behandlung von Unfallfolgen innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhaus- Ersatztagegeld ohne Kostennachweis ausbezahlt.

Auch bei Auszahlung eines Krankenhaus-Ersatztagegeldes für den Aufenthalt eines versicherten Kindes gelten die Bestimmungen dieses Tarifs zum Kostenersatz für eine Begleitperson entsprechend.

(2) Wird ein Versicherter während eines stationären Krankenhausaufenthaltes von einer Gebührenklasse in eine andere verlegt, so werden entweder die angefallenen Kosten gemäß Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D, I.E oder I.F vergütet oder das Krankenhaus-Ersatztagegeld geleistet, wobei die für den Versicherten günstigere Art der Abrechnung angewendet wird.

I Krankentransportkosten (§ 5(13) AVB-1995)

Diese werden für den Verunfallten bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

II. Operative ambulante Heilbehandlung in Tageskliniken und Arztpraxen infolge eines Unfalles

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(11) AVB-1995 wird Versicherungsschutz auch bei operativen Heilbehandlungen innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in Tageskliniken und Arztpraxen gewährt.

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative Heilbehandlungen, die in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung nachweislich vermieden wird.

A Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt nach diesem Tarif infolge eines Unfalles

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit der betreffenden Tagesklinik oder mit dem betreffenden Arzt festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen. Allfällige Leistungen der österreichischen Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes werden in Abzug gebracht.

Die Kosten werden direkt mit der Vertragstagesklinik bzw. dem Vertragsarzt verrechnet. Diese Kostendeckungszusage kann seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

Der Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam.

Als Vertragstagesklinik gelten die im Vertragstagesklinikverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Tageskliniken, als Vertragsärzte die in der entsprechenden Liste angeführten Ärzte und zwar solange die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

- (2) Diese Zusage gilt, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.

B Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen infolge eines Unfalles

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen, die nicht unter Pkt. II.A fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulantes Operationsgruppenverzeichnis am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt maximal das Doppelte des Satzes für die höchst eingestufte Operation.

Das ambulante Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

C Krankentransportkosten

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(13) AVB-1995 werden für den Verunfallten Krankentransportkosten übernommen.

D Hauspflegepauschale

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB-1995 gilt die Hauspflege des Verunfallten als Versicherungsfall.

Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. A oder B nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III ein Pflegepauschale für den Verunfallten bezahlt.

III. Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss (§ 5(18) AVB-1995), Gesundheitswoche

- (1) Versicherte, für die die Prämie für Erwachsene bezahlt wird, erhalten für ärztlich verordnete Kur- bzw. Erholungsaufenthalte, im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz für höchstens 28 Tage des Aufenthaltes. Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes.

Kur- und Erholungskostenzuschüsse werden nur dann vergütet, wenn von der Sozialversicherung die Einweisung in ein Kur- oder Erholungsheim erfolgt oder ein Zuschuss für den Aufenthalt in einem Kurort bezahlt wird. (Die Bewilligung von Kurmitteln allein genügt nicht.)

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch eine von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes oder vom Gemeindeamt des Kur- oder Erholungsortes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (2) Bei einem Aufenthalt in einem Vertragsgesundheitshotel im Rahmen einer Gesundheitswoche werden die Kosten für die mit dem Vertragsgesundheitshotel vertraglich vereinbarten Therapien in voller Höhe übernommen und direkt mit diesem verrechnet. Die mit dem Vertragsgesundheitshotel vereinbarten ermäßigten Aufenthaltskosten trägt der Versicherte selbst.

Begehrt der Versicherte eine Gesundheitswoche bei einem Vertragsgesundheitshotel hat er einen entsprechenden Antrag beim Versicherer einzubringen.

Der Versicherer stellt dem Versicherten auf Anfrage die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung.

- (3) Erfolgt der Aufenthalt in einem inländischen Kurzentrum oder in einem inländischen Gesundheitshotel, welche unter ärztlicher Leitung stehen und in denen Therapiebehandlungen durchgeführt werden, wird dem Versicherten für ärztlich verordnete Kurmittel, gegen Vorlage einer saldierten Rechnung, pro Aufenthaltstag ein Tagessatz, höchstens für 28 Tage des Aufenthaltes pro Kalenderjahr, vergütet. Kinder erhalten pro Tag bis 25 % des Tagessatzes. Die Vergütung erfolgt jedoch nur bis zur Höhe der tatsächlich angefallenen Therapiekosten und wenn kein Anspruch gemäß Abs. (1) und Abs. (2) besteht. (Keine Ordinations- und Aufenthaltskosten.)

Die Dauer des Aufenthaltes muss mindestens 7 Tage betragen und durch eine Aufenthaltsbestätigung von der Verwaltung des Kurzentrums bzw. des inländischen Gesundheitshotels nachgewiesen werden.

- (4) Vom Versicherten kann eine Leistung entweder gemäß Abs. (2) oder gemäß Abs. (3) einmal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden, sofern die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.

IV. Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum

Im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt nach einem Unfall oder nach Herz- und Kreislauferkrankungen erhalten Erwachsene pro Fall für längstens 90 Tage ein Tagegeld. Kinder erhalten pro Tag 25 % des vereinbarten Tagegeldes.

Die Auszahlung des Tagegeldes erfolgt gegen Vorlage einer Aufenthaltsbestätigung des Rehabilitationszentrums über die Dauer des Aufenthaltes.

V. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

- (1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A(1), I.B(1), I.C, I.D, I.G(1) und III.(2) und können seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolizze oder in einem Nachtrag zur Polizze kein anderer frühester Widerrufstermin ausdrücklich angegeben ist.

Der schriftliche Widerruf der Kostendeckungszusagen wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam.

Er ist für solche medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden des Widerrufs begonnen haben.

- (2) Diese Kostendeckungszusagen gelten, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden können und widerrufen werden.

VI. Familienrabatt, Aufnahmealter, Kinderprämie

- (1) Familienmitgliedern (Ehegatten, Kinder), welche nach einem Spitalskostentarif mit letztgültiger Anpassungsstufe unter einer Versicherungspolizze versichert werden, wird auf die Prämie ein Rabatt gewährt. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht mehr gegeben, entfallen diese Rabatte ab dem nächstfolgenden Monatsersten.

- (2) Das Aufnahmealter ist mit 65 Jahren begrenzt.

- (3) In Abänderung der Bestimmungen des § 10(2) AVB-1995 kann für mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres über Antrag des Versicherungsnehmers die Kinderprämie entrichtet werden, sofern sie in Ausbildung stehen (Studium, Lehre usw.). Das Kind muss hierbei mindestens mit einem Elternteil unter einer Polizzenummer versichert sein. Die Kinderprämie wird ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten in Rechnung gestellt. Die Ausbildung ist bei Antragstellung nachzuweisen, die Beendigung derselben ist unverzüglich bekannt zu geben.

Während der Dauer der Zahlung der Kinderprämie besteht nur Anspruch auf Leistungen in dem für Kinder vorgesehenen Ausmaß.

- (4) Wird nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Umstellung in die Kinderprämie widerrufen, kann die Kinderprämie nicht mehr neuerlich beantragt werden.

VII. Prämienrückerstattung

- (1) Der Versicherungsnehmer hat unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf einen Anteil an der Rückstellung zur Prämienrückerstattung, die der Versicherer durch Ansammlung aus den jährlichen Überschüssen der zum Prämienverband A gehörenden Krankenversicherungen zu bilden hat; die Zuführung zur Rückstellung für die Prämie erfolgt entsprechend den jeweils geltenden Bestimmungen der von der Finanzmarktaufsichtsbehörde erlassenen Gewinnbeteiligungs-Verordnung-Krankenversicherung - GBVK-VU. Enthält eine Versicherungspolizze auch Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist, bleiben diese bei der Feststellung der Prämienrückerstattung außer Betracht. Teilhabeberechtigt sind nur jene Versicherungsnehmer, für deren Versicherungspolizze für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch überrarifliche Leistungen (gilt auch für Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist) durch den Versicherer gewährt wurden.

- (2) Erste Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist, dass die Versicherung am Ende des Kalenderjahres seit mindestens einem Jahr in Kraft ist. Versicherungsumwandlungen (Änderungen des Versicherungsschutzes) während des Kalenderjahres können einen Anspruch auf Prämienrückerstattung nicht begründen. Hat sich die Monatsprämie während des Kalenderjahres durch Tarifanpassung gemäß § 18 AVB-1995 geändert, so wird für die Bemessung der Prämienrückerstattung die am Ende des Kalenderjahres vorgeschriebene Prämie herangezogen.

- (3) Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist weiters, dass am Ende des Kalenderjahres, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt, kein Prämienrückstand bestanden hat und auch während des Kalenderjahres keine Prämienrückstände gerichtlich eingefordert wurden.

- (4) Der Rückerstattungsanteil beträgt für alle erstattungsberechtigten Versicherungen einheitlich mindestens ein Viertel einer Monatsprämie, höchstens sechs Monatsprämien. Solange die Rückstellung zur Prämienrückerstattung nicht zur Ausschüttung von mindestens einem Viertel einer Monatsprämie ausreicht, erfolgt keine Prämienrückerstattung.

- (5) Die Bekanntmachung und Auszahlung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz über das Kalenderjahr, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Prämienrückerstattung.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr können nach Empfang der Prämienrückerstattung nicht mehr geltend gemacht werden. Eine zu Unrecht erhaltene Prämienrückerstattung ist zurückzuzahlen.

- (7) Die Bestimmungen der Abs. (1) bis (6) über die Prämienrückerstattung finden in der Gruppenversicherung keine Anwendung. Sofern in der Gruppenversicherung eine Prämienrückerstattung vereinbart wurde, sind die Bestimmungen darüber dem Gruppenversicherungsvertrag bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung (AVB-1995) zu entnehmen.

VIII. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

IX. Beendigung der Versicherung

Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 13, 14 und 15 AVB-1995 endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch:

- (1) Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer österreichischen Pflichtkrankenkasse erlischt, und zwar mit dem Ende der Anspruchsberechtigung.
- (2) Für Versicherte, die arbeitslos werden, durch Kündigung zu dem auf den Beginn der Arbeitslosigkeit folgenden Monatsletzten ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist.

Zweiter Abschnitt - Leistungen (Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses				Krankenhaus-Ersatztagegeld			
Pflegegebühren				für Erwachsene	EUR		100,00
für Hauptversicherte täglich	bis	EUR	105,00	für Kinder	EUR		50,00
für Familienversicherte täglich	bis	EUR	112,00	Krankenhaustransportkosten (§ 5(13) AVB-1995)			
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen				Krankenhaustransportkostenersatz	bis	EUR	146,00
interne Behandlungspauschale	bis	EUR	453,00	Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen infolge eines Unfalles			
täglich ab dem ersten Tag	bis	EUR	55,71	Höchstsätze für Operationskosten:			
Behandlungskosten bei operativen Fällen				Operationsgruppe I	bis	EUR	91,00
Ersatz pro Aufenthaltstag	bis	EUR	39,00	Operationsgruppe II	bis	EUR	164,00
Höchstsätze für Operationskosten:				Operationsgruppe III	bis	EUR	400,00
Operationsgruppe I	bis	EUR	254,00	Operationsgruppe IV	bis	EUR	946,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	390,00	Operationsgruppe V	bis	EUR	1.310,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	624,00	Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.529,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.053,00	Krankentransportkosten			
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.482,00	Krankentransportkostenersatz	bis	EUR	146,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	2.028,00	Hauspflegepauschale			
Operationsgruppe VII	bis	EUR	2.847,00	Pflegepauschale für:			
Operationsgruppe VIII	bis	EUR	3.900,00	Operationsgruppe III	EUR		110,00
Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer in Europa				Operationsgruppe IV	EUR		182,00
Kostenersatz für Tageskosten:				Operationsgruppe V	EUR		330,00
pro Tag	bis	EUR	105,00	Operationsgruppe VI	EUR		440,00
Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland				Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss (§ 5(18) AVB-1995)			
pro Kalenderjahr	bis	EUR	150.000,00	Tagesatz für Erwachsene		EUR	20,00
Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson (§ 5(20) AVB-1995)				für Therapiekosten pro Tag	bis	EUR	40,00
Kostenersatz für eine Begleitperson:				Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum			
pro Tag	bis	EUR	100,00	Rehabilitationstagegeld für Erwachsene		EUR	20,00