

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Spitalkostentarif MU/10AT - Österreich

Versicherung für Spitalkosten 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 Spitalkostenversicherung 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 Krankenhausbühren 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. Ambulante Heilbehandlung infolge eines Unfalles

Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) und physiotherapeutische Behandlungen innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der ambulanten Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen.

- (1) Arzt- und Facharztkosten

Für Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination) und Hausbesuche (Visite), Strahlentherapie, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG, Computer- und Kernspintomographie infolge eines Unfalles.

Für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierungen besteht jedoch kein Leistungsanspruch

- (2) Physiotherapeutische Behandlungen

Für ärztlich verordnete physiotherapeutische Behandlungen infolge eines Unfalles.

III. 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 Sozialversicherungssatztarifes 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 Vertragstageskliniken 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. III.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 ambulanten 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. III. 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.

IV. Krankenhausstagegeld

Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes auf der allgemeinen Gebührenklasse infolge Krankheit oder Entbindung wird ein Krankenhausstagegeld bezahlt.

V. 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.

VI. 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.

VII. Krankenrücktransport aus dem Ausland bzw. Krankenbesuchsreise

Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen der Punkte VII.A und VII.B, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

A Krankenrücktransport aus dem Ausland

- (1) Ersetzt werden die entstehenden Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Österreich, wenn

- der Rücktransport medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist, oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Ausland von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, und der Rücktransport ebenfalls medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist,

sowie einer dem Versicherten nahe stehenden Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind).

Medizinisch begründet ist ein Krankenrücktransport aus dem Ausland, wenn eine lebensbedrohende Erkrankung (auch als Folge eines Unfalles) vorliegt und die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.

In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Kosten des Krankenrücktransportes aus dem Ausland, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden.

- (2) Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Krankenrücktransportes aus dem Ausland durch und über die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport, erfolgt (beauftragtes Unternehmen). Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.

Wird das beauftragte Unternehmen nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr mit diesem, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstsatz vergütet.

- (3) Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland hat durch den behandelnden Arzt des im Ausland verunfallten oder erkrankten Versicherten, durch den verunfallten oder erkrankten Versicherten selbst oder durch einen seiner Angehörigen zu erfolgen. Dieser Antrag ist an den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen zu richten. Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsvertrag erfolgen.

- (4) Der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen entscheidet im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Krankenrücktransportes des Versicherten aus dem Ausland. Der Versicherer bzw. ein von ihm beauftragtes Unternehmen hat den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz besteht, und die Voraussetzungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gemäß Abs. (1) und (2) nicht vorliegen.

- (5) Ergibt die Prüfung gemäß Abs. (4), dass Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland besteht, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).

- (6) Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben, bei Auslandsaufenthalten von mehr als 3 Monaten, bei Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten u. dgl., für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen).

- (7) Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.

B Zusatzleistungen für die Inanspruchnahme einer Krankenbesuchsreise durch eine dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehende Person, für die Herstellung des Kontaktes zu österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland, für die Beistellung einer ortsansässigen Hilfsperson

- (1) Ist ein Spitalsaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als vierzehntägiger Dauer aus medizinischen Gründen erforderlich, ohne dass die Voraussetzungen für einen Krankenrücktransport gemäß Pkt. VII.A vorliegen, oder ein solcher durchgeführt wurde, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Organisation einer Krankenbesuchsreise einer dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehenden volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort sowie die Kosten für eine solche Besuchsreise mittels eines angemessenen Transportmittels. Die Kosten für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch nicht ersetzt.

- (2) Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Krankenrücktransport gemäß Pkt. VII.A oder ein Spitalsaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Erkrankten (Verunfallten) oder der Organisation des Krankenrücktransportes erforderlich ist.

Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.

- (3) Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Krankenbesuchsreise gemäß Abs. (1), die Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Abs. (2) durch die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport, erfolgt (beauftragtes Unternehmen). Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.
- (4) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. VII. A Abs. (6).

VIII. Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort

- (1) Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die vom Versicherer bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.
- (2) Wird die Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem bestimmten Höchstbetrag vergütet.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. VII.A Abs. (6) und (7) bzw. wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

IX. Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall, die bei einer Reise oder einem vorübergehenden Aufenthalt von höchstens 4 Wochen im Ausland erforderlich wird

- (1) Für solche ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr vergütet.

Durch diese Leistung wird der Anspruch auf eine Prämienrückerstattung gemäß Pkt. XIII. nicht ausgeschlossen.

- (2) Für Zahnbehandlungen, Zahnröntgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.

X. Bergung eines verunglückten Versicherten durch einen Rettungshubschrauber

- (1) Ersetzt werden die Kosten, die bei der Bergung eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder in Wassernot geratenen Versicherten durch einen Rettungshubschrauber entstehen, bis zu einem Höchstbetrag pro Versicherungsfall.

Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn ein Einsatz aus medizinischen Gründen die einzig mögliche Rettungsvariante darstellt.

In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Hubschrauberrettungskosten, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diesen Dritten nicht übernommen werden.

- (2) Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungsberichtes nachzuweisen.

XI. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

- (1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A(1), I.B(1), I.C, I.D, I.G (1), III.A(1), V.(2), VII.A(1), VII.B(1), VII.B(2), VIII.(1) und können seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolize oder in einem Nachtrag zur Polize 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.

XII. Familienrabatt, Aufnahmealter, Kinderprämie

- (1) Familienmitgliedern (Ehegatten, Kinder), welche nach einem Spitalskostentarif mit letztgültiger Anpassungsstufe unter einer Versicherungspolize 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.

XIII. 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 Versicherungspolize auch Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist, bleiben diese bei der Feststellung der Prämienrückerstattung außer Betracht. Teilnahmeberechtigt sind nur jene Versicherungsnehmer, für deren Versicherungspolize für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch übertarifliche 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 Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995) zu entnehmen.

XIV. Leistungs- und Prämienanpassung

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

XV. 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

Pflegebgebühren			
für Hauptversicherte täglich	bis	EUR	105,00
für Familienversicherte täglich	bis	EUR	112,00
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen			
interne Behandlungspauschale	bis	EUR	453,00
täglich ab dem ersten Tag	bis	EUR	55,71
Behandlungskosten bei operativen Fällen			
Ersatz pro Aufenthaltstag	bis	EUR	39,00
Höchstsätze für Operationskosten:			
Operationsgruppe I	bis	EUR	254,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	390,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	624,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.053,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.482,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	2.028,00
Operationsgruppe VII	bis	EUR	2.847,00
Operationsgruppe VIII	bis	EUR	3.900,00

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

Kostenersatz für Tageskosten:			
pro Tag	bis	EUR	105,00

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

pro Kalenderjahr	bis	EUR	150.000,00
------------------	-----	-----	------------

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

Kostenersatz für eine Begleitperson:			
pro Tag	bis	EUR	100,00

Krankenhaus-Ersatztaggeld

für Erwachsene	EUR	100,00
für Kinder	EUR	50,00

Krankenhaustransportkosten (§ 5(13) AVB-1995)

Krankenhaustransportkostenersatz	bis	EUR	146,00
----------------------------------	-----	-----	--------

Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) und physiotherapeutische Behandlungen infolge eines Unfalles				Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss (§ 5(18) AVB-1995)			
100 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis	EUR	200,00	Tagessatz für Erwachsene		EUR	20,00
				für Therapiekosten pro Tag	bis	EUR	40,00
Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen infolge eines Unfalles				Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum			
Höchstsätze für Operationskosten:				Rehabilitationstagegeld für Erwachsene		EUR	20,00
Operationsgruppe I	bis	EUR	91,00	Krankenrücktransport aus dem Ausland			
Operationsgruppe II	bis	EUR	164,00	bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation			
Operationsgruppe III	bis	EUR	400,00	pro Versicherungsfall	bis	EUR	3.650,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	946,00	Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort			
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.310,00	bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation			
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.529,00	pro Versicherungsfall	bis	EUR	750,00
Krankentransportkosten				Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland			
Krankentransportkostensatz	bis	EUR	146,00	pro Kalenderjahr	bis	EUR	15.000,00
Hauspflegepauschale				Hubschrauberrettungskosten			
Pflegepauschale für:				pro Versicherungsfall	bis	EUR	3.650,00
Operationsgruppe III		EUR	110,00				
Operationsgruppe IV		EUR	182,00				
Operationsgruppe V		EUR	330,00				
Operationsgruppe VI		EUR	440,00				
Stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus							
Krankenhaustagegeld infolge Krankheit und Entbindung		EUR	30,00				