

**Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung  
Tarif VAEK13  
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 / Fassung 2007 - in weiterer Folge AVB genannt).

**Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB 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 Versicherten zu erbringende Höchstbeträge.**

#### **I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern**

##### **A Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz**

(1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke für längstens 8 Wochen und in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke für längstens 3 Monate bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung) oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland übernimmt der Versicherte die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

a) Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.

Diese Kostendeckungszusage kann seitens des Versicherten frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

Der schriftliche Widerruf der Kostendeckungszusage 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.

b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte in einem EU-Mitgliedsstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.

(2) Diese Zusage gilt, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu

dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.

##### **B Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses**

In diesen Fällen, die nicht unter Pkt. I.A fallen, werden Pflegegebühren pro Tag erbracht.

##### **C Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson**

(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 werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag vergütet.

#### **II. Ambulante Heilbehandlung in Österreich**

##### **A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)**

(1)a) für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordnation)

b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes

c) für einen Nachtbesuch von 22.00 bis 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes werden Vergütungen pro Behandlung erbracht.

(2) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt. (für Mammographien besteht ein Leistungsanspruch ab dem vollendeten 40. Lebensjahr ein Mal in zwei Kalenderjahren; für Vorsorgekoloskopien besteht ein Leistungsanspruch ab dem vollendeten 50. Lebensjahr ein Mal in 10 Jahren)

##### **B Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt nach diesem Tarif**

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt übernimmt der Versicherte 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.

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 schriftliche 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 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.

### **C Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen**

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung, die nicht unter Pkt. II.B (1) fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

a) 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.

### **D Hauspflegepauschale**

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB gilt die Hauspflege als Versicherungsfall.  
Ist im Anschluß an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. B oder C nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III ein Pflegepauschale bezahlt.

### **E Akutversorgung**

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der allgemein öffentlichen Krankenhäuser oder in den Ambulatorien der von der AUVA geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

### **F Ärztliche Sonderleistungen**

Neben der tariflichen Vergütung für die Kosten der Arztberatung oder der Arztvisite werden für ärztliche Sonderleistungen 80 % der Kosten ersetzt.

a) Sonderleistungen - diagnostisch: EKG, EEG, Röntgen, Labor, Sonographie etc.

b) Sonderleistungen – therapeutisch, insbesondere physiotherapeutische Leistungen, die ärztlich angeordnet sind:

Injektionen, Infiltrationen, Bestrahlungen, Massagen, Bäder etc.

### **G Arzneimittel**

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (auch homöopathische Arzneimittel) werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstsatz ersetzt.

Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100% vergütet.

### **H Heilbehelfe, Hilfsmittel**

a) Für Sehbehelfe und Hörgeräte werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

b) Für sonstige Heilbehelfe werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

Darüber hinaus gehende Kosten werden (ausgenommen Sehbehelfe und Hörgeräte) zu 100% vergütet.

### **III. Ambulante Heilbehandlung in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz**

(1) Für ambulante Heilbehandlung bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat und in der Schweiz (auf Reisen, zu Studienzwecken, aus beruflichen Gründen oder zum Zwecke der Arbeitssuche) werden die Kosten bis zu den Sätzen und Gebühren der gesetzlichen Sozialversicherung des jeweiligen Landes, in dem die Leistung erbracht wurde, vergütet.

(2) Für beabsichtigte ambulante Heilbehandlung (der Auslandsaufenthalt wurde vor allem zum Zwecke der ambulanten Heilbehandlung angetreten) in einem EU-Mitgliedstaat bzw. EWR-Staat (VO1408/71) und in der Schweiz werden die Kosten gemäß Pkt. II. – Ambulante Heilbehandlung in Österreich- vergütet.

### **IV Krankenhaustransportkosten**

Bei einer medizinisch notwendigen Überführung in ein Krankenhaus, zu einer ambulanten Operation gemäß Pkt. II. B, C oder zu einer ambulanten Akutversorgung gemäß Pkt. II. E und bei einem notwendigen Heimtransport werden für Krankenwagen, Bahn oder Au-

totaxi 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

#### **V. Zahnbehandlung und Zahnersatz (ausgenommen Kieferregulierung)**

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB werden für konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnextraktion und Zahnröntgen sowie für Zahnersatz 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

#### **VI. Rehabilitationsbehandlung**

Bei stationärer Rehabilitationsbehandlung in einem inländischen Rehabilitationszentrum im Anschluß an einen stationären Krankenhausaufenthalt werden entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag bis längstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung übernommen.

Leistungen werden jedoch nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes schriftlich zugesagt hat.

Das Ansuchen um die schriftliche Zusage ist vom Versicherungsnehmer oder Versicherten vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes unter Benennung des Rehabilitationszentrums, Vorlage der vollständigen Krankengeschichte samt allfälliger Röntgenbilder sowie einem ärztlichen Gutachten, aus dem die Notwendigkeit der stationären Rehabilitationsbehandlung hervorgeht, beim Versicherer einzubringen.

#### **VII. Aufnahmealter, Kinderprämie für in Ausbildung stehende Kinder**

(1) In Abänderung der Bestimmungen des § 10(2) AVB kann für mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 27. 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.

Ein Leistungsanspruch für den Versicherungsfall der Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen, sowie Fehlgeburten ist für mitversicherte Kinder dann gegeben, wenn ab Schwangerschaftsbeginn in die Erwachsenenprämie umgestellt wird.

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

#### **VIII. Leistungs- und Prämienanpassung**

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

#### **IX. Beendigung der Versicherung durch Einbeziehung in die Pflichtkrankenkasse**

Wird ein Versicherter bei einer Pflichtkrankenkasse anspruchsberechtigt, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung des nunmehr Pflichtversicherten innerhalb eines Monats nach Beginn der Anspruchsberechtigung frühestens für den Schluß des Monats kündigen, in welchem er den Eintritt der Versicherungspflicht dem Versicherer nachweist.

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

**Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses**

Pflegegebühren täglich bis EUR 334,00

**Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson**

Kostenersatz für eine Begleitperson pro Tag bis EUR 62,00

**Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)**

Kostenersatz für Arztberatung (Ordination) bis EUR 28,00

Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes bis EUR 45,00

Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes bis EUR 69,00

**Vorsorgeuntersuchungen (pro Kalenderjahr)**

a) Allgemeine Basisuntersuchung bis EUR 75,00

b) gynäkologische Untersuchungen bis EUR 19,85

c) Mammographien (einmal in zwei Kalenderjahren) bis EUR 50,07

d) Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien bis EUR 230,00

e) Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien bis EUR 200,00

f) Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien bis EUR 175,00

g) Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien bis EUR 145,00

Für die lit d) bis g) besteht ein Leistungsanspruch ab dem 50. Lebensjahr einmal in 10 Jahren.

**Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen**

Höchstsätze für Operationskosten:

Operationsgruppe I bis EUR 91,00

Operationsgruppe II bis EUR 164,00

Operationsgruppe III bis EUR 400,00

Operationsgruppe IV bis EUR 946,00

Operationsgruppe V bis EUR 1.310,00

Operationsgruppe VI bis EUR 1.529,00

**Hauspflegepauschale**

Pflegepauschale für:

Operationsgruppe III EUR 110,00

Operationsgruppe IV EUR 182,00

Operationsgruppe V EUR 330,00

Operationsgruppe VI EUR 440,00

**Ärztliche Sonderleistungen**

Kostenersatz für Sonderleistungen diagnostisch und therapeutisch pro Kalenderjahr bis EUR 735,00

Der Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistungen kommt derzeit nicht zur Anwendung.

**Arzneimittel**

80 % Kostenersatz für Arzneimittel pro Kalenderjahr bis EUR 641,00

Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100% vergütet.

**Heilbehelfe, Hilfsmittel**

a) 80 % Kostenersatz für Sehbehelfe und Hörgeräte pro Kalenderjahr bis EUR 362,00

b) 80% Kostenersatz für sonstige Heilbehelfe pro Kalenderjahr bis EUR 712,00

Darüber hinaus gehende Kosten werden (ausgenommen Sehbehelfe und Hörgeräte) zu 100% vergütet.

**Krankentransportkosten**

Krankentransportkostenersatz pro Kalenderjahr

bis EUR 585,00

**Zahnbehandlung und Zahnersatz**

80 % Kostenersatz pro Kalenderjahr

bis EUR 440,00

**Rehabilitationsbehandlung**

Behandlungskosten täglich

bis EUR 190,00