

**Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung
Tarif VAEK12**

**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 Geisteskrankte 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 (Ordination)

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 ambulantem 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 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 Auto-

taxi 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 Zahnrontgen 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 einzu-bringen.

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 Polizzennummer 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	332,00
------------------------	-----	-----	--------

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	27,00
Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	44,00
Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	68,00

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	637,00
---	-----	-----	--------

Darüber hinaus gehende Kosten werden zu 100% vergütet.

Heilbehelfe, Hilfsmittel

a) 80 % Kostenersatz für Sehbehelfe und Hörgeräte pro Kalenderjahr	bis	EUR	360,00
b) 80% Kostenersatz für sonstige Heilbehelfe pro Kalenderjahr	bis	EUR	708,00

Darüber hinaus gehende Kosten werden 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