

MEIN TAGEGELD – EINFACH ERKLÄRT

Stand: April 2021

WILLKOMMEN BEI DER ALLIANZ.

Die Allianz zählt zu den traditionsreichsten Unternehmen Österreichs – seit mehr als 150 Jahren vertrauen unsere Kundinnen und Kunden in unsere Stärke und Kompetenz.

Die Allianz hat sich immer wieder als Vorreiter und Erneuerer der Branche erwiesen und zählt zu den erfolgreichsten Beispielen für die Entwicklung der modernen Versicherungsindustrie.

Wir erwirtschaften nachhaltig auf Basis des mit dem WWF (World Wide Fund For Nature) entwickelten Investitionsmodells und übernehmen so Verantwortung für unsere Gesellschaft und die Umwelt.

Die Allianz Gruppe in Österreich ist Teil der weltweit tätigen Allianz SE, die rund 150.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in mehr als 70 Ländern beschäftigt.

Allein in Österreich arbeiten etwa 3.500 Menschen in der Allianz, die zirka 1,2 Millionen Kundinnen und Kunden betreuen.

Wir freuen uns, dass auch Sie uns Ihr Vertrauen schenken und wünschen Ihnen viele gesunde Lebensjahre!

Inhaltsverzeichnis

1.	Einführung in Ihre Versicherung	4
2.	Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen	5
2.1.	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes.....	5
2.2.	Deckungsumfang von Mein Tagegeld	7
2.2.1.	Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer	8
2.2.2.	Mein Tagegeld.....	9
2.3.	Optionale Zusatzbausteine	15
2.3.1.	Meine Reise-Assistance.....	15
2.4.	Obliegenheiten und Pflichten des Versicherungsnehmers	19
2.4.1.	Rund um die Prämienzahlung	19
2.4.2.	Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, Folgen der Verletzung dieser Anzeigepflicht	20
2.4.3.	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten	21
2.4.4.	Ansprüche gegen Dritte	21
2.5.	Auszahlung der Versicherungsleistungen	22
2.6.	Was sollten Sie noch unbedingt zu Ihrem Versicherungsverhältnis wissen?.....	23
2.6.1.	Ruhen des Versicherungsschutzes	23
2.6.2.	Anwartschaft.....	23
2.6.3.	Beendigung des Versicherungsvertrages.....	24
2.6.4.	Erfüllungsort und Gerichtsstand	25
2.6.5.	Wertanpassung	25
2.7.	Glossar	28
3.	Leistungsfall – Was nun?.....	31
3.1.	Checkliste für Mein Tagegeld.....	31
4.	Häufig gestellte Fragen	33
5.	„Meine Allianz“ – Das Kundenportal.....	36

1. Einführung in Ihre Versicherung

Vielen Dank, dass Sie sich für die Allianz als Partner für den Schutz rund um Ihre Gesundheit entschieden haben. Wir freuen uns und danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen. Wenn es um die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit geht, können Sie auf uns als verlässlichen Partner an Ihrer Seite zählen.

In diesem Dokument finden Sie Informationen und Antworten rund um Ihre Krankenhaustagegeldversicherung „Mein Tagegeld“ transparent und verständlich erklärt.

Ein Krankenhausaufenthalt kann mit nicht unerheblichen Mehrausgaben verbunden sein: Sei es der Eigenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung, Zuzahlungen zu Medikamenten oder Heilbehelfen, die Kosten für Kinderbetreuung oder der Verdienstausfall bei Selbstständigen. Mit der „Mein Tagegeld“ Versicherung der Allianz müssen Sie sich keine Sorgen über diese finanziellen Belastungen machen, sondern können sich ganz auf Ihre Genesung konzentrieren.

Bei einem medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt wird Ihnen pro Tag ein fester, vertraglich vereinbarter Tagessatz erstattet, über den Sie völlig frei verfügen können. Darüber hinaus bietet „Mein Tagegeld“ attraktive Zusatzleistungen wie das Entbindungsgeld, den Zuschuss für Kur und Rehabilitation oder die Übernahme von Begleitpersonskosten.

Zusätzlich zu „Mein Tagegeld – Einfach erklärt“ erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsurkunde. Auf dieser sind zum Beispiel der versicherte Tagessatz, die Zusatzleistungen und die Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer festgelegt. Die Versicherungsurkunde legt zusammen mit „Mein Tagegeld – Einfach erklärt“ Ihren konkreten Versicherungsschutz fest.

Bei Fragen oder Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne persönlich unter 05 9009 588 weiter oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at.

Bleiben Sie gesund!

2. Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen

Aus dem vorliegenden Dokument „Mein Tagegeld – Einfach erklärt“ stellt nur der Abschnitt 2 „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“ die rechtlich verbindlichen Regelungen und Inhalte für den Versicherungsvertrag dar.

Kursiv geschriebene Begriffe werden im Kapitel 2.7 „Glossar“ definiert und erläutert.

Die Abschnitte 3 „Leistungsfall - Was nun?“, 4 „Häufig gestellte Fragen“ sowie 5 „Meine Allianz - Das Kundenportal“ des Dokuments „Mein Tagegeld – Einfach erklärt“ sind nicht Vertragsbestandteil des Versicherungsvertrages.

Innerhalb des Dokuments „Mein Tagegeld– Einfach erklärt“ kann es zu Verweisen kommen. Diese geben wir

a) mit der jeweiligen Abschnittsnummer (zum Beispiel Abschnitt 4 „Häufig gestellte Fragen“) oder der jeweiligen Kapitelnummer (zum Beispiel Kapitel 2.2.2 „Mein Tagegeld“) an.

b) gegebenenfalls auch als betreffenden Punkt in einem Kapitel an. Zum Beispiel Kapitel 2.2.2, Punkt (4) oder auch Punkt (1) a), wenn der Punkt durch Buchstaben weiter unterteilt ist.

2.1. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Versicherungsvertrag

Die in diesem Dokument enthaltenen Versicherungsbedingungen regeln zusammen mit der Versicherungsurkunde die Rechte und Pflichten des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsvertrag wird zwischen der Allianz Elementar Versicherungs-AG (im Folgenden „Wir“ oder die „Allianz“ genannt) und dem Versicherungsnehmer (im Folgenden als „Versicherungsnehmer“ bezeichnet) abgeschlossen.

(2) Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist neben der Allianz die zweite Vertragspartei des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsnehmer ist der Käufer der Versicherung und erhält die Versicherungsurkunde. Dem Versicherungsnehmer obliegen damit auch die ihn aus dem Vertrag treffenden Rechte und Pflichten, wie zum Beispiel die Pflicht zur Prämienzahlung.

(3) Versicherte Person

Der Versicherungsschutz für die „Mein Tagegeld“ Versicherung gilt für die Person, die in der Versicherungsurkunde als versicherte Person angeführt ist. Die versicherte Person wird im Folgenden als „Sie“ oder als „versicherte Person“ bezeichnet. Der Versicherungsnehmer kann, muss jedoch nicht versicherte Person sein.

(4) Hauptwohnsitz

Versichert werden können nur Personen, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben.

(5) Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

(6) Beschränkungen des Versicherungsschutzes

Die Erstattung von Versicherungsleistungen erfolgt immer unter Berücksichtigung von eventuell vereinbarten Begrenzungen hinsichtlich der Leistungshöhe und der Leistungsdauer. Genaue Definitionen davon finden Sie im Kapitel 2.2.1. „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer“.

(7) Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der *Wartezeiten* und nicht vor dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Versicherungsurkunde nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber binnen 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz abgesehen von den Bestimmungen über die *Wartezeiten* mit dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt. Der Versicherungsschutz endet - auch für noch nicht abgeschlossene *Heilbehandlungen* - mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

(8) Wartezeiten

Es besteht eine *Wartezeit* für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindungen und Fehlgeburten. Diese beträgt 7 Monate und wird ab Versicherungsbeginn gerechnet. Wenn die Schwangerschaft nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfällt die *Wartezeit*. Als Nachweis gilt, dass der ärztlich errechnete Geburtstermin mindestens 9 Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

(9) Erklärungen von Vertragsparteien und versicherten Personen

a) Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person sind an uns in geschriebener Form abzugeben, sofern hierfür gemäß Versicherungsbedingungen nicht die Schriftform vorgesehen ist oder mit gesonderter Erklärung zwischen uns vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Brief, Fax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die Formerfordernisse für Rücktrittserklärungen sind der Belehrung über das jeweilige Rücktrittsrecht in der Versicherungsurkunde zu entnehmen. Die dort angeführte Form ist maßgeblich.

b) Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz ist der eigenhändigen Unterschrift gleichgestellt.

c) Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber der Allianz nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen der Allianz dem Versicherungsnehmer gegenüber die Zustellung des Briefes an die letzte der Allianz bekannt gegebene Anschrift.

2.2. Deckungsumfang von Mein Tagegeld

Nachfolgend finden Sie eine tabellarische Übersicht über den Versicherungsschutz von „Mein Tagegeld“. Die Details zu Art und Umfang Ihres konkreten Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde und den gegenständlichen Versicherungsbedingungen.

DECKUNG	MEIN TAGEGELD
I. VERSICHERUNGSSCHUTZ	
KRANKENHAUSTAGEGELD	✓
VERDOPPELUNG DES KRANKENHAUSTAGEGELDS IM AUSLAND ODER BEI UNFALL	✓
II. ÖRTLICHER GELTUNGSBEREICH	
WELTWEITE DECKUNG	✓
III. WEITERE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN	
ENTBINDUNGSGELD	✓
ZUSCHUSS FÜR KUR UND REHABILITATION	✓
BEGLEITPERSONSKOSTEN	✓
TRANSPORTKOSTEN	✓
ZUSCHUSS MENTALE GESUNDHEIT	✓
TAGESKLINISCHE BEHANDLUNGEN UND AUFENTHALTE	✓
PALLIATIVTAGEGELD	✓
PAUSCHALE BEI BÖSARTIGEN NEUBILDUNGEN	✓
OPTIONALE BAUSTEINE	
MEINE REISE-ASSISTANCE	✓

2.2.1. Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer

(1) Krankenhaustagegeld

Die Hauptleistung von „Mein Tagegeld“ ist die Erstattung eines festen Tagessatzes (Krankenhaustagegeld) für jeden Tag eines medizinisch notwendigen, stationären Krankenhausaufenthaltes. Mit dem Krankenhaustagegeld können finanziellen Belastungen, die bei einem Krankenhausaufenthalt entstehen, abgedeckt bzw. abgemildert werden.

Das Krankenhaustagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung und unabhängig von den tatsächlichen entstandenen Kosten des Krankenhausaufenthaltes erstattet. Die Höhe des versicherten Tagegelds entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

Zeitliche Begrenzungen und Begrenzungen der Höhe nach ergeben sich jedoch insbesondere aus:

- Versicherungsvertraglichen Einschränkungen, wie z.B. bei Prämienzahlungsverzug oder bei Ende des Versicherungsvertrages
- Einschränkungen durch die Definition des *Versicherungsfalles*, wie z.B. wenn die Heilbehandlung während eines Krankenhausaufenthaltes in eine geriatrische oder palliative Behandlung übergeht
- Für die Leistungsposition „Verdoppelung Krankenhaustagegeld für Unfallheilbehandlungen“ gelten gesonderte Einschränkungen bezüglich der Leistungsdauer (siehe 2.2.2 „Mein Tagegeld, Unterpunkt (4)).

(2) Weitere Leistungen

Neben dem Krankenhaustagegeld sind zusätzliche Leistungen im Versicherungsumfang von „Mein Tagegeld“ inkludiert. Je nach Sachverhalt erstatten wir entweder a) Pauschalbeträge, b) feste Tagessätze oder c) Höchstbeträge.

a) Pauschalbeträge: Hierzu gehören das Entbindungsgeld, die Pauschale bei bösartigen Neubildungen und tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte.

b) Leistungen pro Tag: Hierzu gehören der Zuschuss für Kur und Rehabilitation, das Palliativtagegeld und der Zuschuss mentale Gesundheit. Bei diesen Leistungen ist eine zeitliche Begrenzung von 30 Tagen (Zuschuss für Kur, Zuschuss mentale Gesundheit sowie Palliativtagegeld) bzw. 60 Tagen (Zuschuss für Rehabilitation) vorgesehen.

c) Kostenerstattung bis zu einem Höchstbetrag: Transportkosten
Für die Leistung Transportkosten ist ein Höchstbetrag vereinbart, der in der Versicherungsurkunde festgelegt ist. Die Erstattung der Transportkosten erfolgt maximal bis zum festgelegten Höchstbetrag. Ist die Rechnungssumme geringer als der Höchstbetrag, wird nur die Rechnungssumme erstattet.

d) Begleitperson

Die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse werden im vollen Ausmaß erstattet.

(3) Nähere Informationen zu den in Punkt (1) und (2) beschriebenen Leistungen entnehmen Sie dem Kapitel 2.2.2 „Mein Tagegeld“, Punkte (2) – (12). Bitte beachten Sie, dass für die hier beschriebenen Leistungen die Definitionen und Einschränkungen der Punkte (1) „Was ist versichert?“ bzw. (14) „Was ist nicht versichert?“ gelten.

2.2.2. Mein Tagegeld

(1) Was ist versichert?

- a) Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch die Versicherungsurkunde und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2 des vorliegenden Dokuments „Mein Tagegeld – Einfach erklärt“.
- b) Unter Versicherungsschutz stehen *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge einer *Krankheit*.
- c) Unter Versicherungsschutz stehen *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge eines *Unfalls*, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.
- d) Unter Versicherungsschutz stehen unter Beachtung der *Wartezeit*, siehe Kapitel 2.1 „Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, Punkt (8), *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge einer Schwangerschaft und stationäre Aufenthalte zur Entbindung.
- e) Unter Versicherungsschutz stehen kosmetische Operationen im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes, wenn uns eine Bewilligung der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten in der allgemeinen Gebührenklasse vorgelegt wird.
- f) Unter Versicherungsschutz stehen prophylaktische (vorbeugende) Operationen im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes, wenn uns eine Bewilligung der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten in der allgemeinen Gebührenklasse vorgelegt wird und Sie seit mehr als 3 Jahren (ab Versicherungsbeginn) „Mein Tagegeld“ versichert haben.
- g) Versicherungsschutz gemäß Punkt (1) b) bis Punkt (1) f) besteht nur bei stationär notwendigen Aufenthalten in nach dem Krankenanstaltengesetz genehmigten Allgemeinen Krankenanstalten und Privatkrankenanstalten zur Akut- bzw. *Kurzzeitversorgung*.
- h) Die unter Punkt (1) g) genannten nach dem Krankenanstaltengesetz genehmigten Krankenanstalten sind in bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten organisiert, arbeiten ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft.
- g) Als stationär notwendig gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der *Heilbehandlung* einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert und eine *ambulante Heilbehandlung* aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- h) Als *medizinisch notwendig* gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist.
- i) Unter Versicherungsschutz stehen darüber hinaus verschiedene Leistungen, die keinen stationär notwendigen Aufenthalt voraussetzen. Sie finden diese Leistungen unter Punkt (6) Entbindungsgeld, (7) Zuschuss für Kur und Rehabilitation, (11) Palliativtagegeld und (12) Pauschale bei bösartigen Neubildungen.

In den Punkten (2) – (12) sind die konkreten Leistungen von „Mein Tagegeld“ beschrieben.

(2) Krankenhaustagegeld

Das Krankenhaustagegeld wird unabhängig von den tatsächlichen Verpflegungskosten in voller Höhe und ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag eines medizinisch notwendigen, stationären Krankenhausaufenthaltes geleistet. Die Höhe des Krankenhaustagegelds entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

(3) Verdoppelung Krankenhaustagegeld im Ausland

a) Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland wird für jeden Tag des Aufenthalts das doppelte Krankenhaustagegeld erstattet.

b) Es wird ausschließlich die Leistungsposition "Krankenhaustagegeld" verdoppelt.

c) Bei einem Krankenhausaufenthalt, für den gleichzeitig die Voraussetzungen in (3) und (4) erfüllt sind, das bedeutet ein Krankenhausaufenthalt im Ausland zur Behandlung eines *Unfalls* wird das Krankenhaustagegeld nur einmal verdoppelt.

(4) Verdoppelung Krankenhaustagegeld für Unfallheilbehandlungen

a) Bei einem Krankenhausaufenthalt wegen *Unfallheilbehandlungen* und deren Folgebehandlungen, die innerhalb von 5 Jahren nach dem ursprünglichen *Unfall* stattfinden, wird für jeden Tag des Aufenthalts das doppelte Krankenhaustagegeld erstattet.

b) Es wird ausschließlich die Leistungsposition "Krankenhaustagegeld" verdoppelt.

c) Bei einem Krankenhausaufenthalt, für den gleichzeitig die Voraussetzungen in (3) und (4) erfüllt sind, das bedeutet ein Krankenhausaufenthalt im Ausland zur Behandlung eines *Unfalls* wird das Krankenhaustagegeld nur einmal verdoppelt.

(5) Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte

a) Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte stehen unter Versicherungsschutz, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Art und die Durchführung der *Heilbehandlung* erfordert einen stationären Krankenhausaufenthalt
- die versicherte Person wird noch am Tag der Aufnahme wieder aus dem Krankenhaus entlassen
- für die *Heilbehandlung* wird die Infrastruktur einer Abteilung des aufgesuchten Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Benutzung eines OP-Saales, Aufnahme in einer Bettenstation).

b) Bei tagesklinischen Behandlungen oder Aufenthalten wird das doppelte Krankenhaustagegeld (das bedeutet das Krankenhaustagegeld für 2 Tage) erstattet.

Weitere Leistungen

(6) Entbindungsgeld

a) Bei Entbindungen wird grundsätzlich das Entbindungsgeld erstattet. Ist allerdings aufgrund der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus, das Krankenhaustagegeld höher als das Entbindungsgeld, dann wird das Krankenhaustagegeld erstattet.

b) Eine Auszahlung von Entbindungsgeld und Krankenhaustagegeld gleichzeitig für denselben Krankenhausaufenthalt ist nicht möglich. In diesem Fall wird immer die Leistung mit der höheren Leistungssumme erstattet.

(7) Zuschuss für Kur und Rehabilitation

a) Der Zuschuss für Kur und Rehabilitation wird geleistet, wenn ein Sozialversicherungsträger die versicherte Person in ein *Kur-* oder Erholungsheim oder *Rehabilitationszentrum* einweist bzw. einen *Kurkostenzuschuss* bewilligt. Als *Kurkostenzuschuss* des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten eines *Kur-* oder Erholungsaufenthaltes außerhalb des Wohnsitzes anzusehen, nicht der Ersatz von *Kurmittelkosten* allein. Bei Nichtsozialversicherten entscheidet die Allianz nach Vorlage medizinischer Unterlagen der versicherten Person über die Bewilligung des Zuschusses für Kur und Rehabilitation.

b) Für einen Aufenthalt im *Rehabilitationszentrum* beträgt die maximale Leistungsdauer 60 Tage, in allen anderen Fällen 30 Tage pro Kalenderjahr.

(8) Begleitperson

a) Bei einem Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse in voller Höhe übernommen, und zwar auch dann, wenn die Begleitperson nicht versichert ist.

b) Die Leistung für die Begleitperson wird ausschließlich aus dem aufrechten Tarif der minderjährigen Person erbracht und nicht aus einem aufrechten Tarif eines Elternteils.

(9) Transportkosten

a) Transportkosten werden erstattet bei einem *medizinisch notwendigen* Transport zu einer stationären *Heilbehandlung* in einer Krankenanstalt sowie für den Transport nach Hause.

b) Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

c) Die Erstattung der Transportkosten erfolgt maximal bis zu der festgelegten Höchstsumme, die in der Versicherungsurkunde angeführt ist. Ist die Rechnungssumme geringer als die festgelegte Höchstsumme, wird nur die Rechnungssumme erstattet.

(10) Zuschuss mentale Gesundheit

a) Bei Aufenthalten in Krankenanstalten (bzw. den entsprechenden Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für psychische *Erkrankungen* bzw. psychiatrische Behandlungen oder in Einrichtungen (Anstalten, Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für Psychosomatik, Zentren für seelische Gesundheit bzw. für psychosomatische Behandlungen besteht Anspruch auf die Leistung „Zuschuss mentale Gesundheit“. Es besteht in diesen Fällen jedoch kein (zusätzlicher) Anspruch auf das Krankenhaustagegeld, siehe auch Punkt (14) „Was ist nicht versichert“, Unterpunkt (D).

b) Die maximale Leistungsdauer beträgt 30 Tage pro Kalenderjahr.

(11) Palliativtagegeld

a) Bei einem stationären Aufenthalt in einer *Palliativstation* oder einem Hospiz wird für jeden Aufenthaltstag das Palliativtagegeld geleistet.

b) Die maximale Leistungsdauer für einen Aufenthalt beträgt 30 Tage. Die Leistung steht jeder versicherten Person nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

(12) Pauschale bei bösartigen Neubildungen

a) Die Pauschale bei bösartigen Neubildungen (Krebs) wird geleistet, wenn die versicherte Person nachweislich an einem malignen Tumor erkrankt.

b) Die Leistung steht jeder versicherten Person nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

(13) Tagegelderhöhung/Reduzierung

a) Erhöhung des Krankenhaustagegelds ohne Risikoprüfung

Eine Erhöhung des Krankenhaustagegelds ohne Risikoprüfung und ohne erneute *Wartezeit* ist einmalig nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zur jeweils nächsten *Hauptfälligkeit* möglich. Die Erhöhung des Tagegeldsatzes darf dabei 50% vom ursprünglichen Tagegeld nicht überschreiten.

Die Erhöhung muss mindestens einen Monat vor der *Hauptfälligkeit* in geschriebener Form vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

b) Erhöhung des Krankenhaustagegelds mit Risikoprüfung

Sofern die Voraussetzungen aus (13) a) nicht erfüllt sind, wird die Durchführung einer Tagegelderhöhung von einer Risikoprüfung abhängig gemacht.

Die Erhöhung des Krankenhaustagegelds kann nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zur jeweils nächsten *Hauptfälligkeit* ohne erneute *Wartezeit* erfolgen, sofern wir den Antrag auf Erhöhung annehmen. Die Erhöhung des Krankenhaustagegelds muss mindestens einen Monat vor der *Hauptfälligkeit* in geschriebener Form vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

c) Reduzierung des Krankenhaustagegelds

Eine Reduzierung des Krankenhaustagegelds kann nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zur jeweils nächsten *Hauptfälligkeit* ohne Risikoprüfung und ohne erneute *Wartezeit* erfolgen. Die Reduzierung des Krankenhaustagegelds muss mindestens einen Monat vor der *Hauptfälligkeit* in geschriebener Form vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

d) Für die Höhe des Krankenhaustagegelds gelten Minimal- und Maximalbeträge. Die Tagegelderhöhung bzw. Reduzierung darf den maximal bzw. minimal abschließbaren Tagegeldsatz für „Mein Tagegeld“ nicht über- bzw. unterschreiten. Bitte wenden Sie sich an unseren Kundenservice, wenn Sie mehr über die für Ihren Tarif geltenden Minimal- und Maximalbeträge wissen möchten.

(14) Was ist nicht versichert?

(A) Kein Versicherungsschutz besteht für:

a) vor Versicherungsbeginn entstandene *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind *Heilbehandlungen*, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt

wurden.

- b) *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sowie zum Zeitpunkt der Antragstellung geplante Behandlungen sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angegeben wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezüglichen Leistungsausschlüsse dokumentiert sind.
- c) kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen. Versichert bleiben kosmetische Operationen gemäß Punkt (1) e).
- d) alle Maßnahmen, die ausschließlich auf die Pflege, aber nicht auf die Diagnose und Therapie von *Erkrankungen* ausgerichtet sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Unterbringung in ein Pflegeheim, die Hauspflege und die Kosten für Pflegefachkräfte.
- e) alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Befruchtung, Insemination).
- f) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die aufgrund von *Abhängigkeitserkrankungen* (z.B. Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauch) eintreten oder verschlechtert werden oder deren *Heilbehandlung* infolge Missbrauches wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.
- g) Anhaltung und Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.
- h) die Folgen von Selbstmordversuchen.
- i) *Krankheiten* und *Unfälle* einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.
- j) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen.
- k) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

(B) Kein Versicherungsschutz besteht für die *Heilbehandlung* von *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, und für die ein Leistungsausschluss in der Versicherungsurkunde vereinbart wurde.

(C) Es besteht kein Versicherungsschutz für Aufenthalte in folgenden Krankenanstalten (einschließlich deren Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten):

- a) für *Abhängigkeitserkrankungen*.
- b) in militärischen Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres stehen.
- c) die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten.
- d) die vornehmlich für Maßnahmen der Prävention eingerichtet sind.

e) für die Langzeitversorgung von chronisch Kranken.

f) in Alten- und Pflegeheimen bzw. Zentren für Geriatrie.

g) in provisorischen medizinischen Versorgungseinrichtungen (darunter fallen zum Beispiel Hallen, Container und Zelte) für Erkrankte und Krankheitsverdächtige im Rahmen und für die Dauer einer Pandemie.

h) in selbstständigen Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.

(D) Es besteht für nachstehende Aufenthalte kein Anspruch auf das Krankenhaustagegeld:

a) in Krankenanstalten (bzw. den entsprechenden Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für psychische *Erkrankungen* bzw. psychiatrische Behandlungen.

b) in Einrichtungen (Anstalten, Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für Psychosomatik, Zentren für seelische Gesundheit bzw. für psychosomatische Behandlungen.

c) für Aufenthalte (einschließlich deren Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) in Krankenanstalten, die vornehmlich für Maßnahmen der *Rehabilitation* eingerichtet sind.

d) in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen.

2.3. Optionale Zusatzbausteine

2.3.1. Meine Reise-Assistance

(1) Voraussetzungen für Abschluss und Bestehen

a) Der Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ kann ergänzend zu einer bestehenden „Mein Tagegeld“ Versicherung (im Folgenden "Haupttarif" genannt) abgeschlossen werden.

b) Wird der Haupttarif beendet, endet damit zeitgleich auch der Baustein „Meine Reise-Assistance“ für diesen Haupttarif. Damit enden bzw. entfallen auch alle Leistungsansprüche aus dem Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“. Die Beendigung des Bausteins „Meine Reise-Assistance“ hat keinen Einfluss auf den Bestand des Haupttarifs.

(2) Was ist versichert?

a) Heilkostenversicherung bei Auslandsreisen

Wir ersetzen bei *medizinisch notwendigen Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen *Krankheit* oder *Unfall*folgen während einer Auslandsreise die Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum jeweiligen Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- Ambulante ärztliche Behandlungen durch einen zugelassenen Arzt (inkl. verordnete Medikamente).
- Stationäre Behandlung im nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus, das nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeitet und unter ständiger ärztlicher Leitung steht.
- Medikamenten- und Serentransport in medizinisch dringend notwendigen Fällen vom nächstgelegenen Depot soweit zulässig.

b) Bergungskosten

Wir ersetzen *Bergungskosten* bis zum jeweiligen Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise als vermisst gilt oder aus einer körperlichen Notlage geborgen werden muss.

c) Rückreise und Rücktransport

Wir organisieren und bezahlen die folgenden Leistungen zur Gänze, wenn eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit der Allianz Elementar Assistance-Zentrale (siehe Punkt (4)) erfolgt ist und ein entsprechender medizinischer Befund vorliegt:

- Überführung in das nächstgelegene Krankenhaus, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt.

- Medizinisch betreute Rückreise in ein Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, wenn diese während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt und aus medizinischem Grund eine medizinisch betreute Rückreise in ein für die Behandlung geeignetes Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person erforderlich ist. Die Ärzte der Assistance-Zentrale entscheiden anhand des medizinischen Befundes über die Art des Transports.

- Rückreise an den Wohnort der versicherten Person ohne Begleitung durch medizinisches Pflegepersonal, gestützt auf einen entsprechenden medizinischen Befund, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt.

- Überführung im Todesfall: Wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise stirbt, übernehmen wir die Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste an den Wohnort. Die Hilfeleistung muss in jedem Fall bei der Assistance-Zentrale angefordert werden.

- Rückreise wegen Reiseabbruchs der versicherten Person: Muss die versicherte Person oder ein mitreisender Familienangehöriger eine Auslandsreise wegen schwerer Krankheit, *Unfall* oder einer ärztlich attestierten Verschlimmerung eines chronischen Leidens vorzeitig abbrechen, organisieren und bezahlen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale die vorzeitige Rückreise der mitreisenden Familienangehörigen.

- Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder: Muss die versicherte Person aufgrund einer schweren Krankheit, eines *Unfalls* oder einer ärztlich attestierten Verschlimmerung eines chronischen Leidens eine Auslandsreise vorzeitig abbrechen, organisieren und bezahlen wir die Betreuung der mitreisenden minderjährigen Kinder, welche die Reise allein fortsetzen oder zurückkehren mussten.

d) Besuchsreise

Wenn die versicherte Person im Ausland einer länger als 7 Tagen andauernden stationären Behandlung unterzogen werden muss, organisieren und bezahlen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale eine Besuchsreise für maximal zwei nahestehende Personen an das Krankenbett (Bahnkarte 1. Klasse, Flugticket Economy Klasse).

e) Service-Dienstleistungen

- Benachrichtigung von Personen zu Hause

Wenn durch die Assistance-Zentrale Maßnahmen gemäß Punkt (2) c) „Rückreise und Rücktransport“ organisiert wurden, benachrichtigt diese bei Bedarf die Angehörigen und den Arbeitgeber der versicherten Person über den Sachverhalt und die getroffenen Maßnahmen.

- Reise-Informationen

Die Assistance-Zentrale erteilt der versicherten Person vor der Antritt einer Auslandsreise auf Anfrage wichtige Informationen, z.B. über Einreisebestimmungen, Gebühren, Zoll, Währungen etc.

- Vermittlung von Krankenhäusern und Arztkontakten im Ausland

Die Assistance-Zentrale vermittelt der versicherten Person bei Bedarf einen Korrespondenzarzt oder ein Krankenhaus in der Gegend ihres Aufenthaltes während einer Auslandsreise. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die Assistance-Zentrale Übersetzungshilfe.

(3) Was ist nicht versichert?

Kein Versicherungsschutz besteht

a) wenn die Assistance-Zentrale zur Leistungserbringung nicht vorher die Zustimmung erteilt hat bzw. der Meldepflicht innerhalb von drei Tagen bei stationärer Behandlung nicht nachgekommen wurde (telefonische Schadensmeldung in der Assistance-Zentrale, siehe Punkt (4) „Pflichten im Schadenfall“).

b) wenn ein Ereignis oder Leiden bei Versicherungsbeginn oder bei Reiseantritt bereits eingetreten und für die versicherte Person erkennbar war.

c) wenn die versicherte Person das Ereignis oder Leiden herbeigeführt hat durch:

- Missbrauch von Alkohol, Drogen oder *Arzneimittel*
- Aktive Beteiligung an Streiks oder Unruhen
- Teilnahme an Rennen und ähnlichen Wettfahrten mit Motorfahrzeugen oder Booten oder deren Training
- die Benützung von Fluggeräten wie Para- oder Hängegleitern, Leichtflugzeugen, Sport- oder Segelflugzeugen mit oder ohne Motor etc., unabhängig davon, ob diese selbst gesteuert werden oder nicht
- die Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilafens, Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens sowie im offiziellen Training für diese Veranstaltungen.
- den Versuch oder die Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist.
- körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein versichertes Ereignis dafür Anlass war.

d) wenn kriegerische Ereignisse, Unruhen oder Terror aller Art und die dagegen ergriffenen Maßnahmen, Epidemien, Pandemien, Naturkatastrophen oder radioaktive Strahlung an der Reisedestination das Leben der versicherten Person gefährden oder von offizieller österreichischer Stelle (Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten) von einer Reisedurchführung abgeraten wird.

e) für Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt einer Reise sind

f) für Kuraufenthalte

g) für konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen

h) für Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen

i) für Impfungen, ärztliche Gutachten, *Kontrolluntersuchungen* und Nachbehandlungen, Reiseapotheken und prophylaktische Medikamente

j) für die Beistellung von Heilbehelfen (z.B. Brillen, Einlagen, Prothesen)

k) für *Krankheiten* und *Unfälle*, die durch Ausübung einer beruflich bedingten manuellen Tätigkeit entstehen

l) für Sonderleistungen im Krankenhaus, wie Sonderklasse, Telefon, TV etc.

(4) Pflichten im Schadenfall

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses ist die Allianz Elementar Assistance-Zentrale unverzüglich zu informieren. Die Telefonnummer der Assistance-Zentrale ist der Partner-Card, die jeder versicherten Person nach Vertragsabschluss zugesandt wird, zu entnehmen. Bei *medizinisch notwendiger* Inanspruchnahme einer stationären Behandlung genügt die Meldung an die Assistance-Zentrale bis längstens drei Tage nach Aufnahme.

Nach der telefonischen Kontaktaufnahme veranlasst die Assistance-Zentrale alle notwendigen Maßnahmen, die zur Bearbeitung des Ereignisses erforderlich sind, insbesondere die erforderlichen Kontakte zwischen den Servicepartnern (Dienstleistern) und den Ärzten der Assistance-Zentrale, dem behandelnden Arzt vor Ort und - wenn notwendig - dem Hausarzt der versicherten Person, um die geeigneten Maßnahmen einzuleiten.

Die medizinische Beurteilung der Art und Schwere des Leidens erfolgt ausschließlich durch die Ärzte der Assistance-Zentrale. Diese entscheiden über die Durchführung der entsprechenden medizinischen Hilfsmaßnahmen.

(5) Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt bei Auslandsreisen auf der ganzen Welt mit einer Dauer von maximal 62 Tagen.

(6) Subsidiarität

Die Leistungen aus dem Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ sind subsidiär: Bestehen für Behandlungs-, Reise- und Transportkosten mehrere Versicherungen bei öffentlichen oder privaten Versicherungsträgern, so werden diese gesamthaft nur einmal und aus dem Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ nur insoweit vergütet, als sie von den oben genannten Versicherungsträgern nicht übernommen werden.

2.4. Obliegenheiten und Pflichten des Versicherungsnehmers

2.4.1. Rund um die Prämienzahlung

(1) Prämien, Gebühren und Abgaben

a) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Es besteht die Möglichkeit eine unterjährige Zahlweise zu vereinbaren. Die vereinbarte Zahlweise finden Sie in der Versicherungsurkunde. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist binnen 14 Tagen nach Aushändigung der Versicherungsurkunde fällig.

b) Prämienbegünstigung: Kinderprämie

Für versicherte Kinder wird bis zum 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, eine begünstigte Kinderprämie angewendet. Mit dem 1. Juli des Jahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, wird die Prämie auf denjenigen Betrag angehoben, den das abgeschlossene Paket für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter die Versicherung abschließen. Wir werden den Versicherungsnehmer mindestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung über die neue Prämie verständigen. Der Versicherungsnehmer hat dann die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag hinsichtlich des versicherten Kindes zum 1. Juli des Jahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, innerhalb einer Frist von 4 Wochen ab Empfang der Verständigung über die Prämienhöhung in Schriftform zu kündigen.

c) Die Prämien sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

d) Allfällige Abgaben aus dem Versicherungsvertrag, wie zum Beispiel die Versicherungssteuer, trägt der Versicherungsnehmer.

e) Gebühren

Bestimmte Leistungen sind von der Versicherungsprämie nicht umfasst. Für diese durch den Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die jeweils aktuellen Gebühren finden Sie auf unserer Internetseite im Downloadbereich (https://www.allianz.at/de_AT/servicebox/download.html).

(2) Zahlungsverzug und dessen Folgen

a) Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig geleistet (siehe Kapitel 2.1 „Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, Punkt (7)), so besteht kein Versicherungsschutz; weiters können wir, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

b) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so können wir den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von uns bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen.

Neben Mahngebühren können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden *Versicherungsjahres* fällig.

c) Tritt der *Versicherungsfall* nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im Verzug, so ist die Allianz von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

Die vorgesehene Leistungsfreiheit tritt ein, wenn der Versicherungsnehmer mit mehr als 10% der Jahresprämie, mindestens aber EUR 60,00 im Verzug ist.

Unsere Leistungspflicht lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.

d) Wir sind berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Die Allianz kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist.

e) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der *Versicherungsfall* bereits eingetreten ist.

2.4.2. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, Folgen der Verletzung dieser Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung der Versicherungsurkunde alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem wir ausdrücklich in geschriebener Form gefragt haben, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft (fahrlässig oder vorsätzlich) verletzt, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.

(3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben. Drei Jahre nach Vertragsabschluss ist die Ausübung des Rücktrittsrechtes nicht mehr möglich.

(4) Treten wir vom Versicherungsvertrag zurück, nachdem ein *Versicherungsfall* eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des *Versicherungsfalles* oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung der Allianz gehabt hat. Wir können jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.

(5) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.

(6) Unser Recht, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.

(7) Ist die dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person beim Abschluss des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, unser Rücktrittsrecht aber mangels Verschulden des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person oder wegen Zeitablauf gemäß Punkt (3) ausgeschlossen, so können wir vom Beginn des laufenden *Versicherungsjahres* an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf das höhere Risiko angemessen ist.

Wird das höhere Risiko nach den für den Geschäftsbetrieb der Allianz maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so besteht diesbezüglich kein Versicherungsschutz (Leistungsausschluss). Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand ausreichend Kenntnis erlangt haben.

Wird eine höhere Prämie oder ein Leistungsausschluss vereinbart, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

2.4.3. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des *Versicherungsfalles* oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung der versicherten Person, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht nach Punkt (1), so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleiben wir zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des *Versicherungsfalles* noch auf die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

(3) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist die Allianz vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu informieren.

(4) Wird die in Punkt (3) genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen, die ohne Kostennachweis zu erstatten sind, wie dem Zuschuss für Kur und Rehabilitation, frei. Wir können überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Personen innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigen wir innerhalb eines Monats nicht, so können wir uns auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

2.4.4. Ansprüche gegen Dritte

(1) Bestehen für einen *Versicherungsfall* neben dem Anspruch gegen die Allianz gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf die Allianz über, als diese die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist

verpflichtet, diese Abtretung auf unser Verlangen schriftlich zu bestätigen.

(2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, sind wir berechtigt, den Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen.

(3) Die Punkte (1) und (2) gelten nicht für Leistungen, die ohne Kostennachweis zu erstatten sind, wie z.B. dem Zuschuss für Kur und Rehabilitation.

(4) Die Verpflichtung der Allianz zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.

(5) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Allianz auf, so wird die Allianz von der Ersatzpflicht insoweit frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

2.5. Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Wir können Versicherungsleistungen nur erstatten, wenn uns entsprechende Rechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen übermittelt werden. Diese Belege müssen die persönlichen Daten der behandelten, versicherten Person (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Adresse), die *Nummer der Versicherungsurkunde* sowie Informationen zur durchgeführten Behandlung (insbesondere die Diagnose, Aufstellung der erbrachten Leistungen, Behandlungszeitraum) enthalten.

(2) Wir dürfen die Personen, die uns Rechnungen und Aufenthaltsbestätigungen zwecks Erstattung von Versicherungsleistungen vorlegt, als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

(3) Die Belege gehen in unser Eigentum über und müssen nicht rückausgefollt werden.

(4) Wir sind berechtigt, bei jeder Überweisung die tatsächlich auflaufenden Kosten der Überweisung in Rechnung zu stellen.

(5) Rechnungen und Aufenthaltsbestätigungen müssen in deutscher oder englischer Sprache vorgelegt werden. Etwaige Übersetzungskosten sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

(6) In ausländischer Währung entstandene Kosten werden in Euro ersetzt. Für die Umrechnung ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten im Ausland erfolgten Behandlungstages maßgeblich.

(7) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Allianz nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die von der Allianz anerkannt worden sind.

(8) Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem die Allianz dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem nachfolgenden Punkt (10) entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch gehemmt. Die

Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war.

(9) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

(10) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei der Allianz angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung der Allianz gehemmt, die zumindest mit der Anführung der der Ablehnung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach Ablauf von zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

2.6. Was sollten Sie noch unbedingt zu Ihrem Versicherungsverhältnis wissen?

2.6.1. Ruhen des Versicherungsschutzes

(1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden. Das Ruhen des Versicherungsschutzes muss in Schriftform vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

(2) Für den Zeitraum der Ruhendstellung ist ein Ruhensbeitrag in Höhe von 20% der Tarifprämie im Voraus zu entrichten. Kein Versicherungsschutz besteht für *Versicherungsfälle*, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind. Für die Fortsetzung der *Heilbehandlung* nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz.

(3) Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

2.6.2. Anwartschaft

(1) Wenn Sie für einen längeren Zeitraum (mindestens 1 Jahr) ins Ausland gehen, kann für die Zeit des Auslandsaufenthaltes eine Anwartschaft beantragt werden. Mit einer Anwartschaft besteht die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag nach Rückkehr aus dem Ausland ohne neuerliche Gesundheitsprüfung und ohne neuerliche *Wartezeiten* wiederaufleben zu lassen. Bei Reaktivierung des Versicherungsvertrags wird für die Prämienberechnung die bisherige Versicherungsdauer angerechnet. Die Anwartschaft muss in Schriftform vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

(2) Eine Anwartschaft kann nur dann abgeschlossen werden, wenn Sie weiterhin eine Postadresse und Kontoverbindung in Österreich haben und eine Rückkehr nach Österreich geplant ist. Eine Anwartschaft kann nur für „Mein Tagegeld“ beantragt werden. Ein allfällig bestehender optionaler Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ kann nicht auf Anwartschaft umgestellt werden, sondern wird storniert. Für den Zeitraum der Anwartschaft ist eine Anwartschaftsprämie in Höhe von 20% der Tarifprämie zu entrichten.

(3) Für *Versicherungsfälle*, die während der Anwartschaft eintreten, besteht kein Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung einer *Heilbehandlung* nach Reaktivierung des Versicherungsvertrags besteht Versicherungsschutz.

(4) Die Reaktivierung des Versicherungsvertrages erfolgt mit der neuerlichen Verlegung des Hauptwohnsitzes nach Österreich. Wird bei der Rückkehr nach Österreich ein entsprechender Nachweis vorgelegt (zum Beispiel

ein Meldezettel), kann die Reaktivierung des Versicherungsvertrages zum nächsten Monatsersten erfolgen, in allen anderen Fällen zur nächsten *Hauptfälligkeit*.

2.6.3. Beendigung des Versicherungsvertrages

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

a) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Antragsteller verzichtet für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht. Das heißt, dass die Versicherung erstmals zum Ende des 3. *Versicherungsjahres* gekündigt werden kann. Nach Ablauf dieser vereinbarten Mindestvertragsdauer kann der Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden folgenden *Versicherungsjahres* gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt jeweils 3 Monate. Bei Einschluss von Personen in den bestehenden Versicherungsvertrag verzichtet der Versicherungsnehmer ab Wirksamkeit des Einschlusses hinsichtlich dieser Personen wiederum für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht.

b) Das *Versicherungsjahr* richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Spätere Änderungen des Versicherungsvertrages (z.B. Anpassungen, Erhöhung oder Reduktion des Krankenhaustagegeldes, Ausschluss, Einschluss) verändern den ursprünglichen Versicherungsbeginn nicht.

c) Die Kündigung muss in Schriftform erfolgen und an die Allianz gerichtet sein.

d) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, kann die Allianz aus wichtigem Grund innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin kündigen.

e) Wird ein Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

(2) Kündigung durch die Allianz

a) Die Allianz hat bei

- Prämienzahlungsverzug gemäß Kapitel 2.4.1 „Rund um die Prämienzahlung“, Punkt (2),
- Verletzung der Informationspflicht gemäß Kapitel 2.4.3 „Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten“, Punkt (4),
- in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß Punkt (1) d),
- sowie bei schuldhaftem Verhalten gemäß nachfolgendem Punkt c)

ein Kündigungsrecht.

b) Kündigen wir gemäß Kapitel 2.4.3 „Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten“, Punkt (4) den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

c) Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen

versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.

(3) Sonstige Beendigungsgründe

a) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers in Schriftform abzugeben.

b) Beim Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.

c) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Hauptwohnsitzes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Punktes (3) a) gelten sinngemäß.

2.6.4. Erfüllungsort und Gerichtsstand

(1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz der Allianz.

(2) Klagen gegen die Allianz können bei dem Gericht am Sitz der Allianz oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

(3) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

2.6.5. Wertanpassung

(1) Die Allianz verpflichtet sich, ohne Altersbegrenzung, ohne *Wartezeit* und ungeachtet eines eventuell verschlechterten Gesundheitszustandes der versicherten Person, den Versicherungsschutz in seinem Wert durch entsprechende Anpassungen zu erhalten und damit die dauerhafte Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens zu gewährleisten.

Änderungen der Prämien und der Versicherungsleistungen (inklusive allfälliger Selbstbehalte) im Zuge der Wertanpassung gelten daher unter Berücksichtigung des Punkt (2) auch für bestehende Versicherungsverträge.

(2) Entsprechend den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) § 178f werden als maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder der Versicherungsleistungen die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

(3) Die Wertanpassung kann sowohl durch Änderung von Prämien (Erhöhung oder Reduktion) als auch durch Änderung des Versicherungsschutzes (Erhöhung oder Reduktion) erfolgen, etwa durch Einführung oder Veränderung eines Selbstbehaltes oder durch Änderungen des Leistungsumfanges.

(4) Die Änderung der Prämie und/oder des Versicherungsschutzes wird zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(5) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Änderung der Prämien und/oder des Versicherungsschutzes innerhalb eines Monats nach Empfang der Benachrichtigung über die Änderung schriftlich zu widersprechen. In diesem Fall wird die Allianz dem Versicherungsnehmer die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten.

(6) Der Widerspruch kann vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem die Anpassung ohne dessen Widerspruch wirksam geworden wäre, zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt rückwirkend in Kraft.

(7) Die Überprüfung hinsichtlich einer Vertragsanpassung und eine gegebenenfalls erforderliche Änderung von Prämien und/oder des Versicherungsschutzes erfolgt im Regelfall einmal pro Kalenderjahr. Sollten außergewöhnliche Umstände im Hinblick auf die maßgebenden Faktoren eintreten, kann die Änderung von Prämien und/oder des Versicherungsschutzes auch mehrmals pro Kalenderjahr erfolgen.

Besondere Bestimmungen für „Mein Tagegeld“

(8) Es gelten alle unter Punkt (2) angeführten Umstände als Faktoren für die Wertanpassung als vereinbart. Als Index für die Anpassung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen wird der von der Statistik Austria bekanntgegebenen Verbraucherpreisindex VPI 2015 vereinbart.

Die Anpassung der Leistungen erfolgt aufgrund eines Vergleichs des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt zuletzt verlautbarten Verbraucherpreisindex mit dem zum Zeitpunkt der letzten Anpassung bzw. bei Versicherungsbeginn gültigen Index. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung im Ausmaß von mindestens einer Tarifstufe, so werden die Leistungen und Prämien den geänderten Verhältnissen angepasst.

Die Anpassung erfolgt durch Veränderung um die entsprechende Zahl von Tarifstufen, wobei auf ganze Stufen abgerundet wird. Für die Bemessung der Prämienänderung ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgeblich.

Die Anpassung der Versicherungsleistungen und Prämien erfolgt mit dem 01.05. des Jahres. Besteht unter derselben Polizza ein Sonderklasse-Paket und/oder Wahlarzt-Paket, wird die „Mein Tagegeld“ gleichzeitig mit diesem angepasst, spätestens jedoch zum 01.05. des Jahres.

Besondere Bestimmungen für die optionalen Zusatzbausteine „Meine Reise-Assistance“

(9) Für den optionalen Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ gelten alle unter Punkt (2) angeführten Umstände als Faktoren für die Wertanpassung als vereinbart. Als Index für die Anpassung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen wird der von der Statistik Austria bekanntgegebenen Verbraucherpreisindex VPI 2015 vereinbart. Basis ist die Veränderung des für Juli verlautbarten VPI zum Juli-Index des Vorjahres. Wird der Verbraucherpreisindex nicht mehr verlautbart oder dessen Basis grundlegend verändert, wird ein vergleichbarer Index herangezogen, der dem Zweck der Vertragsvereinbarung am nächsten kommt.

2.7. Glossar

Akut- bzw. Kurzzeitversorgung

Die Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten erfolgt gemäß einer Definition von OECD und WHO: Beträgt in einem Krankenhaus die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten 18 Tage oder weniger, werden diese Krankenanstalten der Kategorie der Akut- bzw. Kurzzeitversorgung zugeordnet.

Krankenanstalten, die die obige Definition nicht erfüllen, fallen nicht unter den Versorgungssektor der Akut- und Kurzzeitversorgung. Hierbei handelt es sich z.B. um nach dem Krankenanstaltengesetz bewilligte Rehabilitationszentren, Langzeitversorgungseinrichtungen oder stationäre Einrichtungen für Genesung und Prävention. Alten- und Pflegeheime bzw. geriatrische Zentren unterliegen nicht dem Krankenanstaltenrecht und gehören somit nicht zum Sektor der Akut- bzw. Kurzzeitversorgung.

Bergungskosten

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und seines Transportes bis zum nächstgelegenen Krankenhaus. Zu den Bergungskosten zählen auch die Kosten der medizinischen Behandlung während der Bergung und des Transports.

Hauptfälligkeit

Die Hauptfälligkeit richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Ist Ihr Versicherungsbeginn der 01.04., so ist die Hauptfälligkeit ebenfalls der 01.04. Spätere Änderungen des Versicherungsvertrages (z.B. Anpassungen, Paketwechsel, Ausschluss, Einschluss) verändern den ursprünglichen Versicherungsbeginn und somit auch die Hauptfälligkeit nicht.

Heilbehandlung

Heilbehandlung ist die medizinische Behandlung einer Krankheit oder Unfallverletzung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen (Heilung), den Zustand zu bessern (Besserung) oder eine Verschlechterung zu verhindern (Linderung). Zur Heilbehandlung zählen auch diagnostische Maßnahmen, wenn sie erforderlich sind, um eine endgültige Diagnose zu stellen.

Kur

Bei einer Kur handelt es sich um einen Aufenthalt in einer Kuranstalt. Hierbei kommen stationäre medizinische Behandlungen zur Anwendung, die sich aus dem ortsgebundenen natürlichen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben.

Krankheit bzw. Erkrankung

Eine Krankheit bzw. Erkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft regelwidriger körperlicher, seelischer oder geistiger Zustand, der eine medizinische Behandlung notwendig macht und gemäß der letztgültigen von der WHO herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) klassifiziert werden kann.

Medizinische Notwendigkeit

Medizinisch notwendig ist eine konkret durchgeführte Maßnahme oder Leistung dann, wenn sie erforderlich war, um eine Krankheit zu erkennen oder zu behandeln. Es genügt nicht, wenn die Maßnahme lediglich sinnvoll oder nützlich ist oder wenn sie für den Patienten nur bequemer oder praktikabler als andere gleichermaßen geeignete Behandlungsformen ist.

Nummer der Versicherungsurkunde /Polizzenummer

Die Nummer der Versicherungsurkunde finden Sie auf der ersten Seite der Versicherungsurkunde. Sie hat das folgende Format: A40XXXXXXX.

Palliativstation / Palliativversorgung

Palliativstationen sind eigenständige Einrichtungen oder Abteilungen eines Krankenhauses, die sich ausschließlich der Palliativversorgung von Patienten widmen. In der Palliativversorgung geht es um die Betreuung von Menschen mit schweren *Erkrankungen*, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist bzw. sehr unwahrscheinlich erscheint. Da die medizinischen Möglichkeiten zur Heilung der Erkrankung ausgeschöpft sind, ist das oberste Ziel der Palliativmedizin die Linderung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden, der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität und die psychologische und soziale Unterstützung des Patienten.

Rehabilitation

Eine Sportverletzung, Operation, chronische Erkrankung, ein Unfall oder akutes Ereignis, wie z.B. ein Schlaganfall können zu einer Beeinträchtigung führen, die den Alltag und die Lebensführung stark einschränken. Unter Rehabilitation versteht man alle Maßnahmen, die der Wiederherstellung, Besserung oder Aufrechterhaltung von Funktionen und Leistungen dienen, sodass eine Teilhabe am alltäglichen Leben uneingeschränkter möglich ist.

Unfall

Ein Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht.

Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken; Erfrierungen; Verbrühungen; Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;
- das Verschlucken von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres;
- Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen oder verdorbenen Lebensmitteln (Lebensmittelvergiftung);
- Unfälle mit radioaktiven Isotopen im Zuge von medizinischen Heilbehandlungen, die aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;
- folgende Infektionskrankheiten: Kinderlähmung, FSME, Borreliose, Wundstarrkrampf, Tollwut.

Als Unfallheilbehandlung gelten nicht nur die unmittelbar auf den Unfall folgende Erstversorgung, sondern auch alle Folgebehandlungen innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren ab dem Unfalldatum.

Versicherungsfall

Ein Versicherungsfall ist der Eintritt eines versicherten Ereignisses, das den Versicherer zur vereinbarten Leistung verpflichtet.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung (erste Inanspruchnahme des Arztes), er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Versicherungsjahr

Unter einem Versicherungsjahr ist ein Zeitraum von genau einem Jahr zu verstehen, jedoch muss das Versicherungsjahr nicht dem Kalenderjahr entsprechen. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Ist der Versicherungsbeginn der 01.04., so erstreckt sich das Versicherungsjahr vom 01.04. bis zum 31.03.

Wartezeit

In der privaten Krankenversicherung wird für bestimmte Sachverhalte eine Wartezeit für Versicherungsleistungen vereinbart. Das bedeutet, dass Versicherungsleistungen erst für jene Versicherungsfälle erbracht werden, die nach Ablauf der Wartezeit eintreten.

Für die „Mein Tagegeld“ Versicherung ist eine Wartezeit von 7 Monaten für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt vertraglich festgelegt.

3. Leistungsfall – Was nun?

3.1. Checkliste für Mein Tagegeld

In diesem Kapitel haben wir wichtige Tipps und Informationen rund um den Prozess der Leistungserstattung für Sie zusammengestellt. Wir werden Ihnen erklären, welche Belege wir von Ihnen benötigen, um das Krankenhaustagegeld sowie Zusatzleistungen wie das Entbindungsgeld und Transportkosten zu erstatten. Bitte lesen Sie zusätzlich den Abschnitt 2.2.2 „Mein Tagegeld“, wo wir Ihnen erklären wann und unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf die jeweiligen Leistungen besteht.

Einreichen der Belege

Bitte reichen Sie die erforderlichen Unterlagen unter Angabe Ihrer *Polizzennummer* entweder per Mail an gesundheitsversicherung@allianz.at bei uns ein oder über den Postweg.

Allianz Elementar Versicherungs-AG,
Postfach 2000, 1130 Wien

Welche Leistungen gibt es und was ist zu beachten?

Bei den im Folgenden angeführten Leistungen handelt es sich entweder um feste Tagessätze (z.B. Krankenhaustagegeld und Palliativtagegeld), Pauschalbeträge (z.B. Pauschale bei bösartigen Neubildungen) oder um Höchsterstattungsbeträge (Transportkosten). Die Höhe der Tagessätze, Pauschalbeträge bzw. Höchsterstattungsbeträge sowie die Regelungen bezüglich der Leistungsdauer entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

Krankenhaustagegeld

Für die Erstattung des Krankenhaustagegeldes benötigen wir die Aufenthaltsbestätigung oder den Entlassungsbericht vom Krankenhaus. Die uns vorgelegten Unterlagen müssen die persönlichen Daten der behandelten versicherten Person (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Adresse) enthalten, sowie die Informationen zur durchgeführten Behandlung (insbesondere die Diagnose, Behandlungszeitraum und Abteilung/Department oder Fachschwerpunkt).

Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte

Für die Erstattung von tagesklinischen Behandlungen und Aufenthalten benötigen wir die Aufenthaltsbestätigung oder den Entlassungsbericht vom Krankenhaus bzw. der Tagesklinik. Die uns vorgelegten Unterlagen müssen die persönlichen Daten der behandelten versicherten Person (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Adresse) enthalten, sowie die Informationen zur durchgeführten Behandlung (insbesondere die Diagnose und Behandlungszeitraum).

Entbindungsgeld

Für die Erstattung des Entbindungsgeldes benötigen wir die Geburtsurkunde des Kindes. Sofern die Entbindung in einem Krankenhaus stattgefunden hat, können Sie auch die Aufenthaltsbestätigung oder den Entlassungsbericht vom Krankenhaus einreichen, welche die Diagnose und den Behandlungszeitraum enthalten muss.

Palliativtagegeld

Für die Erstattung der Leistung „Palliativtagegeld“ benötigen wir eine vom Krankenhaus (*Palliativstation*) oder von einem Hospiz ausgestellte Aufenthaltsbestätigung mit ärztlich bestätigter Diagnose.

Zuschuss für Kur und Rehabilitation

Für die Erstattung des Zuschusses für Kur und Rehabilitation benötigen wir die Bewilligung durch den Sozialversicherungsträger sowie eine von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes, des Rehabilitationszentrums oder eine vom Gemeindeamt des Aufenthaltsortes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung.

Transportkosten

Für die Erstattung von Transportkosten benötigen wir die bereits bezahlte Originalrechnung.

Begleitperson

Für die Erstattung der Begleitpersonskosten benötigen wir die bereits bezahlte Originalrechnung.

Pauschale bei bösartigen Neubildungen

Die Pauschale bei bösartigen Neubildungen wird bei Vorlage von Unterlagen, aus denen die Feststellung der bösartigen Neubildung hervorgeht, erstattet.

Wenn sich die Diagnose aus den medizinischen Unterlagen ergibt, die wir im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom Krankenhaus erhalten, erstatten wir die Pauschale automatisch.

Zuschuss mentale Gesundheit

Für die Erstattung der Leistung Zuschuss mentale Gesundheit benötigen wir die Aufenthaltsbestätigung oder den Entlassungsbericht vom Krankenhaus.

Die uns vorgelegten Unterlagen müssen die persönlichen Daten der behandelten versicherten Person (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Adresse) enthalten, sowie die Informationen zur durchgeführten Behandlung (insbesondere die Diagnose, Behandlungszeitraum und Abteilung/ Department oder Fachschwerpunkt).

4. Häufig gestellte Fragen

In diesem Abschnitt beantworten wir Ihnen die von unseren Kundinnen und Kunden häufig gestellten Fragen zur Krankenhaustagegeldversicherung. Die Auskünfte stellen einen allgemeinen Überblick dar. Genauere Informationen, finden Sie in der Versicherungsurkunde sowie im Abschnitt 2 „Produktbeschreibung-Versicherungsbedingungen“ von „Mein Tagegeld– einfach erklärt“.

Fragen zum Versicherungsvertrag

1) Wer kann „Mein Tagegeld“ abschließen?

„Mein Tagegeld“ kann von Personen abgeschlossen werden, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben.

2) Was sind Prämienzuschläge bzw. Leistungsausschlüsse?

Bei Antragstellung werden wir anhand Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand prüfen, ob wir Ihnen die „Mein Tagegeld“ Versicherung anbieten können. Bei bestimmten Sachverhalten, wie dem Vorliegen einer chronischen *Erkrankung* oder einer bestehenden Schwangerschaft, ist es meist nicht möglich, eine Versicherung ohne Einschränkungen anzubieten. Wir behalten uns in diesen Fällen vor, einen Prämienzuschlag zu vereinbaren. Im Einzelfall kann für manche *Erkrankungen* auch ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Für Leistungsfälle, die mit der ausgeschlossenen *Erkrankung* im Zusammenhang stehen, werden keine Versicherungsleistungen erbracht.

3) Was bedeutet vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vor dem Abschluss einer Gesundheitsversicherung stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand, zu bestehenden *Vorerkrankungen*, geplanten Behandlungen oder sonstigen relevanten Sachverhalten wie dem Vorliegen einer Schwangerschaft oder zur Sportausübung. Unvollständige oder falsche Angaben bei Antragstellung können zur Folge haben, dass wir keine Leistung erbringen, Prämienzuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbaren oder vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

4) Gibt es Wartezeiten für „Mein Tagegeld“?

Für unsere „Mein Tagegeld“ Versicherung gilt eine *Wartezeit* von 7 Monaten für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindungen und Fehlgeburten.

5) Ist es sinnvoll „Mein Tagegeld“ für ein Kind abzuschließen?

Eine Krankenhaustagegeldversicherung ist nicht nur für Erwachsenen, sondern auch für Kinder sehr sinnvoll. Ob durch einen Treppensturz, Verbrennungen oder eine Mandelentzündung, auch bei Kindern kann durch ein Unfall oder eine Krankheit schnell eine Behandlung im Krankenhaus notwendig werden. In solchen Fällen möchten Eltern ihr Kind im Krankenhaus rund um die Uhr beistehen. Bei minderjährigen Kindern sind die Kosten für die Begleitung ihres Kindes, wie die Übernachtungs- und Verpflegungskosten für eine Begleitperson vollumfänglich abgedeckt. Das Krankenhaustagegeld können Sie zum Beispiel nutzen, um die Kosten für die Betreuung der Geschwisterkinder oder für eine Haushaltshilfe zu decken.

6) Ich bin privat versichert, ist es sinnvoll die „Mein Tagegeld“ Versicherung abzuschließen?

Ein Krankenhausaufenthalt kann eine große finanzielle Belastung sowohl für gesetzlich als auch privat Versicherte bedeuten. Mit der „Mein Tagegeld“ Versicherung erhalten Sie bei einem Krankenhausaufenthalt feste Tagessätze, mit denen Sie diese Belastungen ausgleichen können. Sie können das Geld zum Beispiel verwenden, um Verdienstauffälle abzufedern, eine Kinderbetreuung oder Haushaltshilfe zu bezahlen. Privat Versicherte profitieren ebenfalls von den Zusatzleistungen, die in „Mein Tagegeld“ inkludiert sind, wie das Entbindungsgeld, den Zuschuss für Kur- und Rehabilitation oder die Pauschale bei bösartigen Neubildungen.

7) Ist eine Erhöhung des Tagegeldsatzes zu einem späteren Zeitpunkt möglich?

Ja, das Krankenhaustagegeld kann einmalig ohne Risikoprüfung bis zu 50% erhöht werden. Die genauen Bedingungen und Voraussetzungen für eine Tagegelderhöhung oder Reduzierung entnehmen Sie bitte dem Abschnitt 2.2.2 „Mein Tagegeld“, Punkt (13).

8) Wie kann „Mein Tagegeld“ gekündigt werden?

Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 3 Jahren, ist eine Kündigung jährlich zur *Hauptfälligkeit* unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist möglich. Die Kündigung ist vom Versicherungsnehmer in Schriftform an uns zu richten. Bitte beachten Sie, dass wir eine Kündigung nur akzeptieren können, wenn diese vom Versicherungsnehmer unterzeichnet wurde.

9) Datenschutz

Wir verarbeiten personenbezogene Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des österreichischen Datenschutzgesetzes (DSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Mehr Informationen finden Sie unter www.allianz.at/datenschutz.

Fragen zum Versicherungsschutz

1) Was deckt „Mein Tagegeld“ ab bzw. nicht ab?

Die Hauptleistung der Krankenhaustagegeldversicherung ist die Auszahlung eines festen Tagessatzes für jeden Tag eines medizinisch notwendigen, stationären Krankenhausaufenthaltes.

Neben dem Krankenhaustagegeld sind zusätzliche Leistungen im Versicherungsumfang von „Mein Tagegeld“ inkludiert. Hierzu gehören zum Beispiel das Entbindungsgeld und Transportkosten. Eine Übersicht zu den Leistungen, die in Ihrem Versicherungsschutz inkludiert sind, finden Sie unter Abschnitt 2.2.2 „Mein Tagegeld“, Punkt (2)- (12). Bitte lesen Sie auch den Punkt (1) „Was ist versichert?“ sowie Punkt (14) „Was ist nicht versichert?“ im Abschnitt 2.2.2 „Mein Tagegeld“.

Der konkrete Umfang des Versicherungsschutzes, wie zum Beispiel das versicherte Krankenhaustagegeld entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

2) Bin ich auch im Ausland versichert?

Der Versicherungsschutz von „Mein Tagegeld“ gilt weltweit.

3) Bekomme ich das Krankenhaustagegeld auch bei einer Unterbringung in der Sonderklasse erstattet?

Das Krankenhaustagegeld ist ein fixer Tagessatz, den Sie bei einer Unterbringung in der allgemeinen Gebührenklasse als auch in der Sonderklasse erstattet bekommen.

Die Begleitpersonskosten werden jedoch nur für die allgemeine Gebührenklasse erstattet.

4) Bekomme ich bei tagesklinischen Behandlungen das Krankenhaustagegeld erstattet?

Ja, die „Mein Tagegeld“ Versicherung leistet unter bestimmten Voraussetzungen (siehe Kapitel 2.2.2 „Mein Tagegeld“, Punkt (5)) auch bei tagesklinischen Behandlungen und Aufhalten. Es wird dabei jeweils der doppelte Tagessatz erstattet.

5) Bekomme ich bei einer stationären Psychotherapie das Krankenhaustagegeld erstattet?

Bei stationären Aufhalten aufgrund psychischer oder psychosomatischer *Erkrankungen* bzw. psychiatrischer Behandlungen besteht kein Anspruch auf das Krankenhaustagegeld, stattdessen wird der Zuschuss mentale Gesundheit erstattet.

Bitte beachten Sie, dass es Sachverhalte gibt, für die grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht. Für Entziehungskuren oder Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen besteht zum Beispiel grundsätzlich

kein Versicherungsschutz, das bedeutet Sie haben in diesem Fall auch keinen Anspruch auf den Zuschuss mentale Gesundheit.

Bitte lesen Sie daher sorgfältig die Punkte (10) „Zuschuss mentale Gesundheit“ und Punkt (14) „Was ist nicht versichert“ des Kapitels 2.2.2 „Mein Tagegeld“.

Fragen zum Leistungsfall

1) Wie erfolgt die Erstattung von Leistungen zu „Mein Tagegeld“?

Bitte lesen Sie das Kapitel 3 „Leistungsfall - Was nun?“ um zu erfahren, welche Unterlagen wir von Ihnen für die Erstattung der unterschiedlichen Leistungen benötigen. Bitte reichen Sie die erforderlichen Unterlagen unter Angabe Ihrer *Polizzennummer* entweder per Mail an gesundheitsversicherung@allianz.at bei uns ein oder über den Postweg.

Allianz Elementar Versicherungs-AG,
Postfach 2000, 1130 Wien

2) Ich habe die erforderlichen Unterlagen eingereicht, warum habe ich noch keine Erstattung erhalten?

Bitte geben Sie uns ein paar Werkzeuge Zeit, um Ihr Anliegen zu bearbeiten. Sollten Sie innerhalb einer Woche keine Erstattung erhalten haben, können Sie gerne unter der Telefonnummer 05 9009 588 anrufen. Bitte senden Sie die Unterlagen zu Ihrem Leistungsfall nicht nochmals, da dies den Bearbeitungsprozess verzögern kann.

3) Wird bei einer Entbindung im Krankenhaus das Krankenhaustagegeld und das Entbindungsgeld erstattet?

Nein, bei einer Entbindung wird entweder das Krankenhaustagegeld oder das Entbindungsgeld erstattet. Es wird immer die Leistung mit der höheren Leistungssumme erstattet.

4) Bekomme ich Begleitpersonskosten für mein Kind erstattet?

Die Leistung für die Begleitperson wird ausschließlich aus dem aufrechten Tarif der minderjährigen Person erbracht und nicht aus einem aufrechten Tarif eines Elternteils. Das bedeutet, Ihr Kind muss die „Mein Tagegeld“ Versicherung abgeschlossen haben, damit die Leistung in Anspruch genommen werden kann.

5) Kann ich den Erstattungsbetrag von meiner Rechnung auf ein anderes Konto überweisen lassen?

Grundsätzlich erfolgt die Auszahlung von Erstattungsbeträgen auf das bei uns hinterlegte Inkassokonto. Bei Einreichungen Ihrer Rechnung kann die Angabe einer anderen Kontoverbindung jedoch gerne berücksichtigt werden. Wir bitten Sie uns dies im Zuge Ihrer Einreichung mitzuteilen.

Sie haben noch weitere Fragen zur Allianz Gesundheitsversicherung?

Bei Fragen oder Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne persönlich unter 05 9009 588 weiter oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at.

5. „Meine Allianz“ – Das Kundenportal

Mit dem „Meine Allianz“ Kundenportal hat man stets die wichtigsten Informationen rund um Versicherungsschutz und Services bei der Hand.

„Meine Allianz“ – einfach und schnell

Im Kundenportal sind nicht nur alle Versicherungsurkunden, sondern auch die wichtigsten Kontaktdaten für eine rasche Hilfe zu Verträgen und Schäden, zu finden.

Weitere Vorteile sind:

- Schaden in nur wenigen Klicks und mit wenigen Eingaben melden
- Verträge und Schäden digital managen
- Personendaten einsehen und bearbeiten
- direkt den Berater kontaktieren

Für die Registrierung im Kundenportal oder in der App sind zur Identifikation die *Nummer der Versicherungsurkunde* und der Versicherungsbeginn notwendig. Falls bereits ein Zugang zum Allianz Kundenportal oder zu einer anderen Allianz App besteht, kann die Anmeldung einfach und bequem mit den bereits vorhandenen Zugangsdaten in allen Apps und Online- Services erfolgen.

Entweder unter www.allianz.at/kundenportal direkt in das Kundenportal einsteigen und alle Vorteile nutzen oder ganz einfach die App „Meine Allianz“ im Apple App Store oder im Google Play Store herunterladen.

Unser Allianz Kunden Service hilft gerne bei Fragen, technischen Problemen oder wenn die Zugangsdaten verlegt wurden, unter +43 5 9009 580 oder kundenportal@allianz.at

Einfach smart – unsere Allianz Apps.

Danke für Ihr Vertrauen!

**Wir freuen uns,
dass Sie für Ihre Gesundheit
Allianz gewählt haben.**

**Wir sind bemüht, unsere
Produkte und Services
laufend zu verbessern.
Sollten Sie Feedback für uns
haben, kontaktieren Sie uns unter
feedback@allianz.at.**